

Universidad Adventista de Centro América

Escuela de Psicología

Informe de Práctica Profesional Supervisada

en Psicología Clínica realizada en el

Área de Salud de Alajuela Central

Tutora:

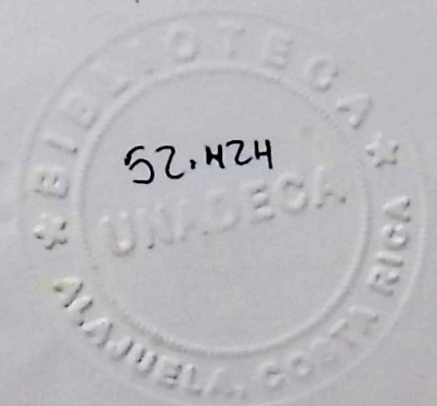
Licda. Rosa Elena Zúñiga Salazar

Estudiante:

Marcio Javier Palencia Juárez

Alajuela, Costa Rica

Octubre, 2017



**UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTRO AMÉRICA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
PRESENTACIÓN DE PRÁCTICA**

ACTA No 03-2017

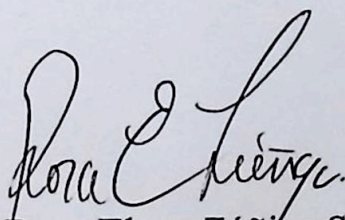
Las suscritas miembros del Comité Evaluador, hacemos constar que el día 13 de Octubre de 2017 fue realizada la exposición y defensa de la Práctica Clínica Profesional Supervisada.

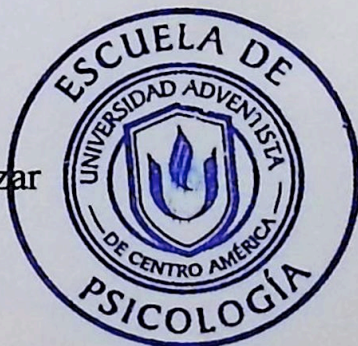
Presentada como requisito de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología por el candidato a graduación:

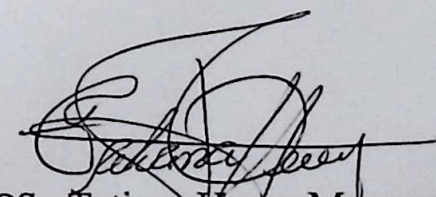
MARCIO JAVIER PALENCIA JUÁREZ

Este comité determinó aprobar dicha Práctica, en virtud de lo cual confirmamos la presenta Acta.

Dado en Alajuela, Costa Rica a los trece días del mes de Octubre de dos mil diecisiete.


Lic. Rosa Elena Zúñiga Salazar
Cédula 1 508 723




MPS. Tatiana Henry Morgan
Cédula 1-1043-0755

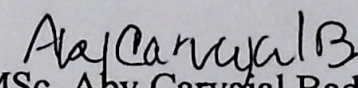

MSc. Aby Carvajal Badilla
Cédula 1-1184-0595

Tabla de Contenido

Resumen.....	4
Informe de Práctica Profesional Supervisada en Psicología Clínica realizada en el Área de Salud de Alajuela Central.....	5
Descripción de la Institución.....	8
Breve Reseña del Área de Salud de Alajuela Central.....	8
Misión.....	9
Visión.....	10
Valores.....	10
Objetivo General y Específicos.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	11
La psicología clínica y el modelo psicoanalítico.....	11
Psicología Clínica.....	11
Psicoanálisis.....	12
Técnicas de terapia psicoanalítica.....	13
Las resistencias en el análisis.....	14
Mecanismos de defensa en la teoría y la práctica del psicoanálisis.....	15
Maternidad.....	17
Arteterapia para embarazadas.....	17
Factores psicosociales del parto.....	19
Actitudes a adoptar en el parto.....	19
Depresión post parto.....	20
Crianza de los hijos.....	27
Educación en la familia.....	29
Desarrollo de la personalidad y de las emociones.....	29
Factores de Influencia de la educación en la niñez.....	30
Tipos de padres, características y efectos.....	31
Comunicación efectiva y afectiva entre padres e hijos.....	39
Depresión, Ansiedad y Suicidio en la Niñez.....	41
Depresión.....	41

Ansiedad	45
Suicidio.....	47
Prevención de drogas y alcohol.....	52
Factores de riesgo.....	53
Estrategias para tratar con los niños	54
Metodología Aplicada.....	56
La observación en el método clínico.....	56
La entrevista psicológica	58
Intervención psicológica	59
Intervención en crisis.....	61
Talleres psicoeducativos	62
Población Atendida.....	63
Caso # 1	64
Caso # 2	66
Caso # 3.....	69
Caso # 4.....	70
Procedimientos e Intervenciones Realizadas.....	72
Alcances y limitaciones de la Práctica.....	74
Alcances	74
Limitaciones	75
Conclusiones.....	77
Recomendaciones.....	78
Referencias	82
Apéndice	88
Apéndice 1	88
Apéndice 2	90
Apéndice 3	92
Apéndice 4	94
Apéndice 5	95
Apéndice 6	96
Apéndice 7	97
Apéndice 8	98

Resumen

El propósito de este informe es dar a conocer las implicaciones de la práctica profesional en psicología clínica realizada en el Área de Salud de Alajuela Central. Una institución de nivel primario, dedicada a brindar servicios médicos de salud que comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad. Dicha práctica se realizó apoyando como asistente de psicoterapia, y desarrollando procesos psicoeducativos. Este informe presenta temáticas relacionadas con la psicología clínica y el modelo psicoanalítico. Además se tratan aspectos sobre la maternidad, la crianza de los hijos, identificación de trastornos del estado de ánimo en niños, como la depresión y ansiedad, prevención en el consumo de drogas, y suicidio, siendo estas las situaciones más comunes que se presentan en consulta psicológica entre los usuarios del servicio de esta área de salud. Para ello, se desarrollaron estas temáticas a manera de procesos psicoeducativos, a fin de contribuir con la promoción de la salud emocional y la calidad de vida de los usuarios del servicio, durante los meses de Julio a septiembre 2017.

Informe de Práctica Profesional Supervisada en Psicología Clínica realizada en el Área de Salud de Alajuela Central

De acuerdo con Vindas, Villalobos y Cubillo (2012) el desarrollo de la oferta de servicios de psicología de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es un requisito fundamental para el ordenamiento de la práctica psicológica dentro de la institución. Esta oferta, su construcción y puesta en práctica, se enmarca dentro de una serie de normas y leyes que rigen el funcionamiento de la institución, la cual es parte del Sistema Nacional de Salud.

La Ley General de Salud, Ley N° 5395 (Asamblea Legislativa, 1973), indica en sus artículos 10 y 13, que toda persona tiene derecho a la atención de salud, específicamente a la orientación psicológica y la higiene mental; a su vez en los artículos 29, 30, 31, 32 y 33 se indica expresamente que las personas con trastornos emocionales (de incumbencia tecno-científica para la ciencia de la psicología) deben ser atendidas, ubicadas y protegidas con las indicaciones y contemplaciones que abarca esta legislación.

El Plan Nacional de Desarrollo enfatiza la necesidad de avanzar y consolidar la prestación de servicios de salud, esto por medio del trabajo en los tres niveles de atención. El nivel I o nivel primario que corresponde a los servicios básicos de salud que comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación de la misma y rehabilitación de menor complejidad, que se practiquen respecto de la familia en los ámbitos de consulta externa o ambulatoria general con las poblaciones de niños y niñas, adolescentes y mujeres en riesgo. Existen otros dos niveles secundario y terciario de apoyo

al nivel primario con la prestación de servicios con mayor grado de complejidad y especialización (Vindas, Villalobos y Cubillo, 2012).

Dentro de esta prestación de servicios de salud es posible observar el papel de la psicología como disciplina científica y de la salud, inserta en las diversas acciones del Sistema Nacional de Salud, y en particular de las actividades de la CCSS. Por tanto, puede decirse que el objetivo de la psicología en los tres niveles de atención es la mejora de las condiciones de bienestar conductual, cognitivo y emocional de los usuarios de las prestaciones de salud que provee la CCSS a la población Costarricense.

Como parte de esta estructura de la CCSS se ubica el Área de Salud de Alajuela Central, una institución de nivel primario de gran valor e importancia, dedicada a brindar servicios médicos de salud que comprenden acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación de la misma y rehabilitación de menor complejidad a la comunidad del cantón central de Alajuela.

Los principales servicios que se ofrecen en el Área de Salud de Alajuela Central son consulta de medicina general, consulta de medicina familiar, consulta vespertina, psicología, trabajo social, farmacia, odontología (escenario escolar), planificación familiar, enfermería, cirugía menor, entre otros.

De acuerdo al documento de Análisis de Situación Integral en Salud (ASIS, 2016), específicamente en el servicio de psicología se revelan datos epidemiológicos respecto a los grupos poblacionales que asisten al departamento, los que corresponden mayormente a mujeres y niños. Además se indica que dentro de la prevalencia de los usuarios y usuarias, que acuden al servicio de psicología se observan como diagnósticos más frecuentes la

población de niños con problemas relacionados con la crianza, que corresponde a un 65%, seguido por las mujeres asociado a trastornos del estado de ánimo específicamente a depresión 49% y de menor rango trastorno de ansiedad por separación de la niñez que corresponde a un 3%.

Debido a que estas problemáticas constituyen una afectación, en el departamento de psicología se presenta la necesidad de brindar un servicio, en materia de promoción de la salud mental y emocional, prevención de la enfermedad, curación de la misma y rehabilitación de menor complejidad, de la población antes descrita, a través de estrategias de intervención vinculadas a la prevención, promoción y abordaje psicoterapéutico, desde las dimensiones psicodinámica, socio-afectiva y conductual.

A fin de contribuir con la promoción y ejecución de dicha finalidad se eligió esta institución para realizar esta práctica profesional en psicología clínica, donde se pretende como objetivo general de la misma, hacer un aporte por medio de la asistencia en psicoterapia, y el desarrollar procesos psicoeducativos (talleres) a los usuarios que asisten a consulta psicológica de dicha Área de Salud.

A continuación se presenta un informe escrito que sustenta la práctica profesional que incluye: una breve descripción histórica de la institución donde se trabajó, incluidas la misión, visión y valores que rigen su accionar. Además, se indica el objetivo general y objetivos específicos que se formularon para la práctica profesional. Luego se ostenta el marco conceptual donde se fundamenta el trabajo realizado. Asimismo, se explica la metodología aplicada, y se describe la población atendida incluidas algunas viñetas clínicas que ejemplifican el trabajo cumplido. De igual forma, se notifica sobre los procedimientos

e intervenciones realizadas, con los alcances y limitaciones de la práctica. Finalmente se comparten conclusiones y recomendaciones.

Descripción de la Institución

Breve Reseña del Área de Salud de Alajuela Central

A partir del año 2000, dentro del marco de Reforma del Sector Salud y la implementación del Modelo de Atención Readecuado del Primer Nivel de Atención Salud, la Gerencia Médica y con el apoyo directo de la Sub Gerencia Medica de Regiones y la Dirección Regional inician el proceso de conformación de las Áreas de Salud en la ciudad de Alajuela, donde se identifican tres áreas principales: Alajuela Sur, Alajuela Oeste y Alajuela Norte.

El Área de Salud de Alajuela Norte, se ubicó 150 sur de la Cruz Roja en la ciudad de Alajuela, en un edificio que data de los años 1940, conformado por un sótano y tres pisos, con un total de 3067 metros cuadrados, y hasta la fecha se mantiene en el mismo lugar. Está Área de Salud limita al este con la Clínica Marcial Rodríguez Conejo, al Oeste con el Área de Salud de Alajuela Oeste (Barrio San José) y al Sur con el Área de Salud de Alajuela Sur (San Rafael de Ojo de Agua y Belén Flores)

Durante el año 2007 al Área de Salud de Alajuela Norte se le cambia el nombre por el Área de Salud de Alajuela Central (nombre que ostenta en el presente) donde se ofrecen los servicios de consulta de medicina general, consulta de medicina familiar, consulta vespertina, psicología, trabajo social, farmacia, odontología (escenario escolar), planificación familiar, enfermería, cirugía menor, entre otros. Dichos servicios son

ofrecidos en el horario de lunes a jueves de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. y viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

El Área de Salud de Alajuela Central tiene adscrita para el 2013 una población de 52,162 habitantes actualmente cuenta con diez sectores: siete de ellos concentrados en la Sede que son: Cristo Rey, Corazón de Jesús, Monserrat, Montecillos, Urbanización Ciruelas, Pueblo Nuevo, La Ceiba. Y tres sectores desconcentrados, siendo los siguientes: INVU las Cañas uno, INVU las Cañas dos y, INVU las Cañas tres.

Acto seguido se presentan de acuerdo con Vindas, Villalobos y Cubillo (2012) la misión, visión y valores de Caja Costarricense del Seguro Social y por ende del Área de Salud de Alajuela Central.

Misión

Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, mediante:

- El respeto a las personas y a los principios filosóficos de la CCSS: Universalidad, Solidaridad, Unidad, Igualdad, Obligatoriedad, Equidad y Subsidiaridad.
- El fomento de los principios éticos, la mística, el compromiso y la excelencia en el trabajo en los funcionarios de la Institución.
- La orientación de los servicios a la satisfacción de los clientes.
- La capacitación continua y la motivación de los funcionarios.

- La gestión innovadora, con apertura al cambio, para lograr mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios.
- El aseguramiento de la sostenibilidad financiera, mediante un sistema efectivo de recaudación.
- La promoción de la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.

Visión

Seremos una Institución articulada, líder en la prestación de los servicios integrales de salud, de pensiones y prestaciones sociales en respuesta a los problemas y necesidades de la población, con servicios oportunos, de calidad y en armonía con el ambiente humano.

Valores

Dignidad, lealtad, excelencia, responsabilidad, transparencia, integridad, honestidad, compromiso, respeto, empatía.

Objetivo General y Específicos

Objetivo General

Brindar apoyo como asistente de psicoterapia, y desarrollar procesos psicoeducativos a quienes asisten a consulta psicológica al Área de Salud de Alajuela Central, a fin de contribuir con la promoción de la salud emocional, y la calidad de vida de los usuarios del servicio, durante los meses de Julio a septiembre 2017.

Objetivos Específicos

- Brindar apoyo como asistente de intervención a la supervisora en el departamento de psicología en la atención a niños, adolescentes y adultos que asisten a consulta psicológica.
- Desarrollar talleres psicoeducativos enfocados en la preparación para el parto, la crianza de los hijos, identificación de trastornos del estado de ánimo en niños, prevención en el consumo de drogas, y suicidio en niños.
- Enriquecer los conocimientos en psicología clínica que posee el practicante a través del servicio brindado en el Departamento de Psicología.

La psicología clínica y el modelo psicoanalítico

Psicología Clínica

Según la Real Academia Española (2014), el término psicología proviene del vocablo griego ψυχή (psykhé) que significa alma, mente, aliento, vida, viento frío, soplo helado y era representado simbólicamente con una mariposa. Mientras que -λογία (-logia) describe al habla o el discurso, tratado, doctrina, estudio, conocimiento. Por tanto, la palabra psicología significa literalmente estudio del alma y denota al estudio de la mente.

De acuerdo con APA (2013), la psicología clínica es una rama de la ciencia psicológica que se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención que afectan la salud mental y la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar subjetivo y sufrimiento al individuo humano.

La psicología clínica tiene algunas orientaciones teóricas primarias: terapia conductual, terapia cognitiva, psicoanalítica o psicodinámica, humanista y terapia familiar

sistémica. Las prácticas centrales de esta disciplina son el diagnóstico de los trastornos psicológicos y la psicoterapia, así como la investigación, enseñanza, consulta, testimonio forense y el desarrollo de programas y administración de los mismos.

Psicoanálisis

El psicoanálisis es una práctica terapéutica fundada por el neurólogo austriaco Sigmund Freud alrededor del año de 1896. A partir del psicoanálisis se han desarrollado posteriormente diversas escuelas de psicología profunda o de orientación dinámica y analítica. Asimismo, la teoría ha influido sobre muchas otras escuelas psicológicas y de terapias no necesariamente psicoanalíticas. El concepto de psicoanálisis designa, por una parte, aquel modelo teórico descriptivo y explicativo de los mecanismos, procesos y fenómenos implicados en la vida anímica humana (Montejo, 2009).

Siguiendo con las ideas del mismo autor, este modelo se basó inicialmente en la experiencia de Sigmund Freud en el tratamiento clínico de pacientes que presentaban neurosis, fobias y diversos padecimientos psíquicos y ha tenido un amplio desarrollo teórico posterior con el aporte de muchos teóricos del psicoanálisis.

Por otra parte, el psicoanálisis se refiere también a la terapia psicoanalítica misma, es decir, a un conjunto de procedimientos y técnicas terapéuticas que se desarrollan a partir de esta teoría para el tratamiento de conflictos psíquicos. Finalmente, el psicoanálisis puede referirse además al método psicoanalítico. Este es un método de investigación que ha sido aplicado, más allá de la psicología clínica individual, como al análisis de fenómenos culturales (Montejo, 2009).

Técnicas de terapia psicoanalítica

Según Cloninger (2003) el psicoanálisis emplea el principio del determinismo psíquico para descubrir las ideas inconscientes y los conflictos del paciente, y enumera las técnicas terapéuticas:

Primero *la asociación libre*, es la técnica básica del psicoanálisis la cual requiere que el paciente “diga lo que se le venga a la mente, mientras deja de dar cualquier dirección consciente a sus pensamientos. La suspensión del control consciente permite a las fuerzas del inconsciente, ser observadas dirigiendo los pensamientos y los recuerdos” (Cloninger, 2003, p.58).

Otra técnica es *la catarsis* es el “surgimiento de sentimientos enterrados del inconsciente, estos sentimientos acompañan el recuerdo de lo olvidado... La catarsis libera al inconsciente de las represiones problemáticas” (Cloninger, 2003, p.58).

También se presenta *la introspección* o *insight* que se trata de una especie de descubrimiento que ocurre de manera súbita y casual en la psicoterapia analítica, y es como el producto del tratamiento psicoanalítico. “Consiste en el entendimiento de los motivos verdaderos, los cuales son conflictos inconscientes” (Cloninger, 2003, p.58).

Para ser terapéutica la introspección debe estar acompañada por la captación de la emoción. El psicoanálisis moderno reconoce que los conflictos inconscientes deben ser confrontados una y otra vez en el tratamiento psicoanalítico, con la intensidad que el paciente elabore el conflicto para reemplazar los inconscientes irracionales con motivaciones más razonables y maduras.

Un fenómeno fundamental en el tratamiento psicoanalítico es la *transferencia*, consiste en que “el paciente percibe al terapeuta erróneamente y experimenta emociones que fueron reprimidas cuando fueron sentidas en relación con otras personas significativas en el pasado” (Cloninger, 2003, p.58). La transferencia es, extrañamente deseable porque ayuda al analista a interpretar la naturaleza del problema, ya que la formación dada directamente por el paciente puede estar sesgada. Permite que los aspectos primitivos no resueltos revelen el verdadero hacer y sentir del paciente en la sesión analítica, donde pueden ser resueltos.

Por otro parte, están las reacciones del analista que son llamadas *contratransferencias*, que representan los conflictos no resueltos del analista. Algunos investigadores han sugerido que la contratransferencia tiene el potencial de proporcionar información útil acerca del paciente (Chessick, 1986; Jennings, 1986, citados por Cloninger, 2003).

Las resistencias en el análisis

De acuerdo a Vainer (2008) el concepto de resistencia fue formulado tempranamente por Freud, quien la conceptualizaba desde los inicios de su obra como aquello que se opone al avance de la cura analítica, o sea, al acceso a lo inconsciente. La resistencia se podía vencer con la interpretación de la misma. Inicialmente encontró a la resistencia como derivado clínico de eso que teorizaba como represión. Luego, llegó a la transferencia como resistencia. El propio trabajo clínico lo llevó a reformulaciones.

Freud menciona cinco formas de resistencia. Tres del yo: la resistencia de represión, de transferencia y el beneficio secundario del síntoma. Dos del ello: la compulsión a la repetición, ligada a la pulsión de muerte y la viscosidad de la libido. Asimismo, a las cinco

mencionadas por Freud, se suma aquélla que señaló Lacan, la resistencia del analista. Esta última habitualmente trabaja en consonancia con alguna de las otras. La resistencia del analista es siempre cómplice de alguna resistencia del paciente (Vainer, 2008).

Mecanismos de defensa en la teoría y la práctica del psicoanálisis

Según Tomas (2011) la distinguida Anna Freud quien se destacó por sus aportes al psicoanálisis infantil y la psicología del yo, entendía por mecanismos de defensa las distintas modalidades, en parte inconscientes, que se emplean para describir las luchas del yo contra ideas y afectos dolorosos e insoportables.

De modo que los mecanismos de defensa constituyen un proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas (Tomas, 2011).

Asimismo, Tomas (2011) indica que los métodos de defensa, bien conocidos y extensamente descritos en la teoría y la práctica del Psicoanálisis son:

- Represión es un mecanismo inconsciente que hace inaccesible a la mente consciente el recuerdo de hechos dolorosos o traumáticos, y postula que reprimir una respuesta no suprime el motivo que la inspiró.
- Regresión consiste en regresar a períodos anteriores del desarrollo o a comportamientos antiguos, que eran más satisfactorios.
- Formación reactiva se sustituyen los comportamientos, los pensamientos o los sentimientos que resultan inaceptables por otros diametralmente opuestos.

- Aislamiento consiste en separar la emoción (o el afecto) de un recuerdo doloroso o de un impulso amenazante.
- Anulación consiste en la realización de un acto determinado con el fin de anular o reparar el significado de uno anterior.
- Proyección consiste en atribuir a otros, y en general al mundo exterior, motivaciones que se rechazan o no se reconocen en uno mismo.
- Introyección adquisición o atribución de características de otra persona como si fueran de uno,
- Agresión contra sí mismo es una forma muy especial de desplazamiento y se establece cuando la persona se vuelve su propio blanco sustitutivo. Constituye la explicación freudiana para los propios sentimientos de inferioridad, culpa y depresión.
- Transformación en su contrario consiste en que los impulsos inaceptables reprimidos se transforman en sus contrarios.
- La sublimación o desplazamiento del objeto no es más que una forma de satisfacción de una necesidad a través de un substitutivo.

Maternidad

La maternidad es la vivencia que tiene una mujer por el hecho biológico de ser madre. Si bien el sentimiento maternal se desarrolla a partir del nacimiento de un hijo, con anterioridad al embarazo es muy frecuente que la mujer desarrolle un instinto maternal, es decir, el anhelo de tener un hijo, cuidarlo y educarlo (Mejia, 2016).

El concepto de maternidad está generalmente asociado al vínculo entre una mujer y su hijo. Esta idea sería como un aspecto parcial de la maternidad en conjunto, pues en realidad se trata de una experiencia vital más amplia en el tiempo y que no depende de la edad del hijo.

Además, señala que cada mujer siente la maternidad desde una perspectiva muy íntima, pues se trata de un conjunto de emociones personales que no son uniformes, sino que presentan todo tipo de matices relacionados con el amor y la protección (Mejia, 2016).

Debido que cada mujer siente la maternidad desde una perspectiva diferente, es posible que para algunas, el ser madres puede ser motivo de preocupación y angustia, lo cual puede desencadenar conflictos internos y problemas en la convivencia familiar. Entonces, es valioso brindar apoyo a la mujer para manejar implicaciones emocionales y psicológicas que pueden presentarse antes, durante y después del embarazo.

Arteterapia para embarazadas

Durante los meses del embarazo aparece en la mujer una mayor susceptibilidad, en la que se tiende a experimentar altibajos emocionales, preocupación y duda frente al hecho de convertirse en madre, lo que supone un gran reto emocional y psicológico para la mujer que lo está viviendo.

Según la arteterapeuta humanista Salvatierra (2015) para una mujer embarazada es de vital importancia tener consciencia de que, ya sea de manera positiva o negativa, las emociones que ella misma experimenta son transmitidas a su bebé a través de las hormonas, y lo que siente y piensa durante ese periodo de gestación va a repercutir en el desarrollo del feto.

Es por esta razón que es muy importante desarrollar un vínculo sólido de apego entre la madre y el bebé, vínculo que tiene la función de asegurar la supervivencia y el desarrollo del recién nacido. Este vínculo comienza antes de nacer, mientras el bebé se está gestando dentro del cuerpo de la madre.

Para Salvatierra (2015) este vínculo positivo entre el bebé y su madre se puede establecer de muchas maneras, también a través de la expresión artística. La arteterapia puede ayudar a la mujer proporcionando las herramientas necesarias para expresar y transformar sus experiencias en consecuencias positivas para el feto en gestación. Se trata de indagar sobre el origen de esas emociones para iniciar un camino hacia la comprensión, la aceptación y la conexión con tu propio cuerpo y tu sabiduría interna.

La arteterapia pretende conceder a la mujer embarazada la posibilidad de crear, de ser creativa y creadora dentro de su cuerpo en transformación. La práctica artística permite la re-creación de su identidad durante este proceso de cambio y la oportunidad de trabajar todos los posibles miedos, dudas o creencias, que hayan podido surgir durante el embarazo, a través de un proceso creativo de autoconocimiento y superación. A través de diferentes técnicas artísticas es posible expresar emociones y sentimientos todos los posibles miedos, inseguridades e inquietudes ante una nueva maternidad (Salvatierra, 2015).

Factores psicosociales del parto

El proceso fisiológico del parto, es un acontecimiento tan individual como la propia mujer que da a luz. De esa diversidad nace la idea de que no existen formas correctas o incorrectas de dar a luz, sino distintas; eso sí, adaptadas y organizadas o desequilibradas y faltas de control.

(Anariva, 2010): Asegura que existen diversos factores psicosociales que rodean a la parturienta y que juegan un papel muy importante en el parto que pueden convertirlo en un experiencia adaptada o desequilibrada, con o sin control, muchos de ellos presentes ya desde el inicio del embarazo o incluso antes:

- El entorno cultural y socioeconómico.
- La personalidad y grado de madurez psicológica de la madre.
- Sus ideas sobre la feminidad y la maternidad.
- Sus emociones, sentimientos y vivencias durante la gestación.
- La relación entre la pareja.
- El miedo al dolor.
- La ansiedad generada por otros aspectos: hospitalización, separación del hijo que ha estado ligado íntimamente a ella, su futura responsabilidad sobre él.

Actitudes a adoptar en el parto

Al iniciarse la labor de parto es conveniente que la mujer se relajarse y sitúe emocionalmente. Durante la dilatación deben de ponerse en marcha la relajación y la respiración para que aporten al útero el oxígeno preciso, a la vez que elevan el nivel de sensibilidad y disminuyen los incrementos en la percepción del dolor (Anariva, 2010).

Por otra parte (Anariva, 2010) expresa que desde el momento en que el ritmo de las contracciones se acelera, se acentúan los efectos del componente subjetivo del dolor. Eso hace que la duración e intensidad de cada contracción se viva de distinto modo por cada parturienta. Debido a que la elaboración emocional es distinta, y que incluye grandes dosis de ansiedad y miedo ante las que quedan por venir, se produce un incremento de tensión muscular que al llegar las nuevas contracciones hace que éstas se perciban con mayor intensidad, provocando mayores niveles de angustia.

Por consiguiente, si no se rompe este círculo vicioso, que se genera a partir de una interpretación subjetiva, el proceso se convierte en desorganizado. Al eliminar la tensión muscular es posible romper esa cadena, de ahí la importancia de la relajación (Anariva, 2010).

Por tanto, es preciso dejar de considerar el dolor como única actividad posible en el parto, utilizando el control sobre la ansiedad como un factor de equilibrio, preciso para su buena marcha. Ese control lo ofrecen las técnicas de relajación y de respiración y, sobre todo, una reelaboración de las expectativas respecto a lo que es el parto: trabajo, que debe centrarse en hacer que el proceso sea más eficaz y en fijarse más en el niño.

Depresión post parto

(Bilbao, 2015) Señala que la depresión postparto o postnatal es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a la mujer que acaba de dar a luz a un hijo. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas. En muchos casos, la depresión parece surgir sin motivo aparente y carente

de sentido puesto que la madre deseaba tener un hijo y no entiende su tristeza, la madre ve que el bebé está sano y cree que debería sentirse feliz o el parto fue muy bueno y se sintió muy ayudada y apoyada durante el proceso de dar a luz. Es frecuente que en esta situación, la nueva madre se pueda plantear que ella no es capaz de ser una buena madre.

La depresión post parto suele presentarse entre las doce semanas posteriores al parto. Cursa con síntomas intensos, incapacitantes y duraderos y debe tratarse para impedir que se haga crónica (Prendes, 2013).

Cuando aparecen los primeros síntomas, ayuda mucho explicarle a la madre lo que le está sucediendo y porqué se siente de esa forma. Hay que decirle que lo que le sucede es una complicación del parto, por el cual no debe sentirse avergonzada. Para que no surjan mayores complicaciones, es fundamental implicar a la pareja de la nueva madre para que él entienda la situación ya que él también padece las consecuencias de la depresión que está afectando a su pareja (Bilbao, 2015).

Causas de la depresión postparto

Entre las posibles causas destacan tanto factores psicológicos como fisiológicos: La preocupación por la responsabilidad adquirida, el temor a no hacerlo bien. También influye el cambio hormonal, ya que tras el parto se alteran los niveles de las hormonas (progesterona y estrógenos) que han proporcionado energía durante el embarazo. Se produce un descenso brusco de estas dos hormonas que originan cambios en el estado de ánimo, al igual que los días previos a la menstruación (Prendes, 2013).

52:424
52:25
4102
TFG0026 Psicología 2017

Además, hay factores situacionales que se dan después del parto y que también pueden influir. La mujer se siente agotada tras el parto, y además ya no puede respetar las horas mínimas necesarias de sueño, lo cual puede afectar y hacer que la mujer tarde más en recuperarse completamente. En el caso de la cesárea, esto se agudiza ya que la recuperación de por sí, es más lenta y costosa (Bilbao, 2015).

(Bilbao, 2015): Sumado a esto, la mujer tiene que hacerse cargo de un nuevo bebé al que no conoce y no sabe cuáles son sus necesidades ni cómo debe cuidarle. Esto provoca que la nueva madre tenga menos tiempo libre para el ocio y para ella misma. Se puede sentir estresada ya que no tiene tiempo para realizar todo lo que ella cree que debe realizar (tareas de la casa, rutinas de trabajo...). Además, la mujer no ha recuperado todavía la que era su figura antes de quedarse embarazada, y eso puede hacer que se vea y se sienta menos atractiva.

Tipos de depresión postparto

(Bilbao, 2015) Menciona que se pueden dividir en tres tipos:

- **Baby Blues:** Son muy frecuentes y los síntomas comienzan los días posteriores al nacimiento del bebé. Se manifiesta a través de cambios bruscos del estado de ánimo, sentir tristeza, enfado, labilidad emocional, ansiedad y deseos de llorar. La duración es variable, y puede ser desde las horas o días hasta un máximo de dos semanas después del alumbramiento. En la mayoría de ocasiones, no precisan tratamiento médico específico ya que suelen remitir.
- **Depresión postparto:** Comienza a días o meses de haberse producido el parto. Los síntomas que la paciente presenta son similares a los que se presentan en el Baby

Blues, pero la intensidad es mayor. En muchos casos, la mujer deja de ocuparse de realizar sus obligaciones por lo triste, desanimada y desesperanzada que se siente. Este tipo de trastorno, debe ser tratado, ya que si no se hace, los síntomas pueden agravarse y alargar mucho la enfermedad y el sufrimiento de la madre. La depresión postparto, no está limitada únicamente al nacimiento del primer hijo, sino que puede ocurrir después del parto de hijos posteriores.

- Psicosis Postparto: Consiste en una patología mental muy grave que pueden padecer las mujeres que acaban de tener un bebé. En estos casos, las mujeres con esta enfermedad pueden no tener contacto con la realidad y pueden tener alucinaciones de tipo auditivo, así como comportarse y sentirse de forma extraña. En caso de que se produzca una psicosis postparto, es fundamental que la mujer afectada reciba tratamiento urgentemente.

Sintomatología de depresión postparto

Según (Prendes, 2013) hay una sintomatología común en este tipo de trastorno:

- Tristeza o profunda sensación de vacío, aturdimiento emocional o apatía, con lloros frecuentes.
- Retraimiento de la familia, amigos o actividades placenteras.
- Fatiga constante.
- Trastornos de sueño (insomnio).
- Aumento exagerado de peso o pérdida de apetito, desajuste en la alimentación.
- Fuerte sensación de fracaso o de ineptitud.
- Gran preocupación e inquietud por el bebé o falta de interés por su hijo.

- Ideas suicidas y temor a hacer daño al bebé.
- Ansiedad, angustia, inquietud, irritabilidad.
- Molestias físicas como dolores de cabeza. palpitaciones, dolor en el pecho, o adormecimiento en las extremidades.
- Lentitud en movimientos, menos energía y motivación para hacer las cosas.
- Fuertes sentimientos de culpabilidad, ataques de pánico.
- Pérdida de interés de las relaciones sexuales: Normalmente, no quieren mantener relaciones sexuales con su pareja y le rechazan.
- Cambios bruscos de humor: Puede ocurrir que la nueva madre pase de la alegría y la risa descontrolado al más amargo de los llantos en cuestión de segundos y sin causa aparente que provoque este cambio repentino.

Factores de riesgo

(Prendes, 2013) Señala: entre los factores de riesgo implicados en la aparición de este trastorno, cabe mencionar: haber sufrido depresión anteriormente, antecedentes de trastorno disfórico premenstrual, estrés psicosocial, insuficiente apoyo social, conflictos con la pareja o familia, dificultades laborales o económicas y personalidad obsesiva (perfeccionista).

Además, (Bilbao, 2015) agrega las siguientes situaciones que pueden favorecer a que la mujer recién dada a luz padezca una depresión postparto expresa:

- No tener ayuda o apoyo de la familia y, en especial, de la pareja.
- Que el niño padezca alguna enfermedad.

- Que la madre que da a luz haya tenido una infancia en la cual perdió a su propia madre.
- Que ocurran situaciones estresantes o dolorosas para la nueva madre: dificultades a nivel económico, mala relación entre las familias de origen, muerte de un familiar o amigo cercano, problemas laborales...

De acuerdo a (Bilbao, 2015) en los casos en que una mujer presente uno o más de los factores de riesgo señalados, no quiere decir que vaya a padecer una depresión postparto, sino que debe estar alerta y consultar con un profesional.

Tratamiento

El tratamiento es importante para combatir y mejorar en caso de tener depresión post parto, según (Prendes, 2013) el tratamiento tiene algunas líneas que son:

Las pacientes pueden presentar una depresión moderada, media o severa en su sintomatología. De manera que el tratamiento tiene que ajustarse a la severidad de la reacción y al grado de incapacidad que éste represente.

La primera línea de tratamiento es la psicoterapia. La que ha demostrado mayor eficacia es la terapia cognitivo conductual que enseña a las pacientes a reconocer sus pensamientos inapropiados y les conduce hacia a una forma más realista de ver las cosas. Este tipo de terapia es más recomendable cuando la ansiedad es el componente más problemático.

La segunda línea de tratamiento es la farmacoterapia. Hay pacientes que necesitan tratamiento médico, por periodos de tiempo similares y con dosis de antidepresivos iguales

a las empleadas con otras depresiones. Como en otros tipos de trastornos afectivos, la farmacoterapia debe combinarse con el consejo clínico, con grupos de autoayuda o con ambos. Hay que tener en cuenta que los antidepresivos se excretan por la leche materna, por lo que es necesario un seguimiento adecuado del lactante.

Finalmente es muy importante, a parte de la ayuda psicológica y farmacológica en los casos necesarios, rodearse de un ambiente de apoyo y comprensión. Esto contribuye al proceso de recuperación.

Formas de prevenir la depresión postparto

(Bilbao, 2015) Expresa formas de prevención:

- Es importante acudir a los cursos pre parto y que la pareja le pueda acompañar a las clases.
- Tener alguien de confianza con quien poder hablar y a quien poder pedir ayuda en caso de necesitarla.
- Intentar mantener la mayor estabilidad vital que se pueda, es decir, no hacer cambios importantes en la vida de la madre.
- Es bueno relacionarse con otras parejas que tengan hijos o los vayan a tener pronto.
- A lo largo del embarazo, es importante que la futura madre se cuide y descanse. Tiene que tratar de reducir las obligaciones al máximo y no intentar abarcar todo.
- Es bueno hablar con la pareja acerca de los miedos y expectativas que se generan ante la maternidad. Ayuda hacer planes juntos acerca de cómo se va a cuidar al bebé.

Crianza de los hijos

Ser padre de familia ya sea hombre o mujer requiere de muchas responsabilidades y muchas de ellas son fundamentales para la crianza de sus hijos. Primero es preciso definir ¿qué es la familia? Y posteriormente la crianza; para luego desarrollar ampliamente los cuatro estilos de crianza.

Merino (2012) Define que la ‘familia’ es una noción que describe la organización más general pero a la vez más importante del hombre. Dicho en otras palabras, la familia constituye un conjunto de individuos unidos a partir de un parentesco.

La familia es la principal responsable del cuidado y protección de los hijos, desde la infancia hasta la adolescencia, esto significa que la familia es el principal trasmisor de conocimientos, valores, actitudes, roles, entre otros.

Por otra parte Aguilera (2013) indica que la crianza se define como las actitudes y comportamientos de los padres que son reflejo en sus hijos o hijas. Son formas en que tratamos a nuestros hijos, los educamos y es la herramienta para su adecuado desarrollo. Estos estilos van a determinar cómo actuarán ellos en un futuro.

En este sentido White (1957) comenta “...Sobre los padres recae la obligación de dar instrucción física, mental y espiritual. Debe ser el objetivo de todo padre, asegurar para su hijo un carácter bien equilibrado” (p. 84).

Con base a las citas y definiciones antepuestas se puede decir que los *estilos de crianza para educar a los hijos hacen referencia al conjunto de comportamientos de los padres con los que inculcan a sus hijos las normas y valores*. Es decir, que el

comportamiento de educación y exigencia de los padres impactará significativamente en los hijos; es por esa razón que la crianza es de suma importancia en la sociedad.

Según Vázquez (2016) cuando se analiza las dimensiones básicas del comportamiento de los padres y madres, se encuentran dos principales:

1. El afecto y la comunicación. Es la importancia que dan los padres al cariño y el afecto en su relación con sus hijos. El tono emocional que dirige las interacciones entre padres, madres e hijos, así como el nivel de intercambios comunicativos existente en dichas interacciones.
2. El control y las exigencias. Consiste fundamentalmente en la disciplina. Cuánto exigen los padres a sus hijos, hasta qué punto controlan su conducta, si hay castigos o no... y cómo enfocan las situaciones que suponen retos para sus hijos.

Al igual que Vázquez estipula dos dimensiones básicas Aguilera (2013) piensa que la crianza tiene dos facetas:

1. Las practicas disciplinarias
2. La calidad de afecto y cuidado de los padres ponen en la relación de sus hijos.

Asimismo, piensa que todos los niños y niñas necesitan sentirse amados aceptados y valorados por sus padres y percibir de ellos que los consideran capaces. Al final de la vida lo único que perdura es el amor que se ha dado y quien mejor para recibirlo que nuestros propios hijos.

Educar en la familia

Según Vázquez (2016) Cuando se habla de educar en la familia, se refiere al proceso que los padres y madres hacen con sus hijos a la hora de ayudarles a desarrollar sus facultades intelectuales, morales, emocionales y afectivas. Todas estas facultades son esenciales para el desarrollo de los niños, aunque en la sociedad actual de los títulos académicos, parece priorizarse ante todo el desarrollo cognitivo.

Lo cierto es que el desarrollo emocional es uno de los elementos esenciales en las personas, que ayudan a la comprensión del mundo y de la personalidad. La inteligencia emocional permite expresar las emociones, comprenderlas y controlarlas, así como comprender las emociones de los demás. Esto no quiere decir que las normas y el desarrollo cognitivo no sean importantes, pero sí que un buen desarrollo emocional acompaña a un desarrollo cognitivo óptimo. Ambos aspectos se retroalimentan, y deberán tenerse en cuenta a la hora de educar a los hijos. (Vázquez, 2016)

Desarrollo de la personalidad y de las emociones

(Vázquez, 2016) Indica que el desarrollo de la personalidad y de las emociones de los niños depende en gran medida de los procesos educativos y de socialización. Su autoestima está ligada en gran parte a cómo se sienta de valorado por sus padres, y el aprendizaje sobre las emociones estará vinculado a los procesos de socialización y afectivos que se den en el seno de su familia.

En las edades más tempranas de los niños, su familia tiene un gran peso en estos procesos, puesto que los niños aún son egocéntricos, es decir, sus padres y sus hermanos,

en caso de tenerlos, son el centro de su vida y sobre lo que basan su realidad. Además, las influencias que reciben los niños y sus familias son multidireccionales. Por ejemplo, la relación de pareja que tengan los padres repercutirá en su hijo, o el temperamento del niño tendrá efectos sobre los padres. También la relación entre los hermanos, o de cada hijo con cada padre, repercutirá en el núcleo familiar: Todo cuenta. (Vázquez, 2016)

Por esta razón, (Vázquez, 2016) asegura que se debe entender a la familia como un sistema de relaciones interpersonales recíprocas, que no se encuentra aislado del entorno que le rodea ni ajeno a sus influencias: El trabajo de los padres, las experiencias que vivan los hijos en la escuela, la relación de los padres con la escuela, etc. También son importantes en el desarrollo del núcleo familiar y de la familia como sistema.

En cualquier caso, la educación que brindan los padres a sus hijos es clave en su desarrollo, pues será la que les indique cómo relacionarse con el mundo, qué cosas son las importantes, o cuánto deben quererse a ellos mismos (Vázquez, 2016).

Factores de Influencia de la educación en la niñez

De acuerdo a Papalia (2012) existe una red de factores de influencia en la educación de la niñez:

1. Creencias de autoeficacia: los estudiantes que poseen una elevada autoeficacia que creen que pueden dominar el trabajo escolar y regular su aprendizaje.
2. Posición de género: la posición socioeconómica puede ser un factor importante en el logro educativo, no por sí misma sino a través de su influencia en la atmosfera

familiar, la elección del vecindario y las prácticas de crianza y en las expectativas de los padres hacia sus hijos.

3. Prácticas de crianza: los padres de los niños con alto rendimiento crean un ambiente para el aprendizaje. Proporcionan un lugar donde estudiar y guardar los libros y materiales; establecen horarios para las comidas, para dormir y para hacer la tarea; supervisan cuantas horas de televisión ven sus hijos y lo que estos hacen después de la escuela; también muestran interés en la vida de sus hijos cuando hablan con ellos acerca de la escuela y participan en las actividades escolares.

Acorde con esta investigación, las prácticas en la crianza constituyen un factor de influencia en la educación de los hijos. Los estilos de crianza pueden influir en la motivación y por consiguiente en el éxito escolar. Sin embargo, la relación con el estilo de crianza no es unidireccional. El temperamento del niño interactúa con el estilo de crianza para influir en el resultado. Por ejemplo, algunos niños son más sensibles que otros a los efectos de la crianza (Papalia, 2012).

De este modo, Leon (2014) sugiere que cada padre tiene un modo de crianza ligeramente distinto. Otros expertos clasifican estas diferencias en varios estilos tal es el caso de Baumrind y otros investigadores, que identificaron cuatro estilos de crianza a partir de niveles altos o bajos de calidez (amor) y control.

Tipos de padres, características y efectos

Los estilos de crianza definen los tipos de padres que hay en la sociedad según Aguilera (2013) entre ellos están:

1. Permisivo: Se caracteriza por permitir a los hijos regir y dirigir sus propias actividades. Se ejerce un alto nivel de calidez, y bajo nivel de control.

“Estos padres priorizan el bienestar de su hijo ante cualquier cosa, y son los intereses y deseos del niño los que gobiernan la relación padre/madre-hijo. En consecuencia, son padres poco exigentes, que plantean pocas normas y retos a sus hijos” (Vázquez, 2016, p.3).

Para Aguilera (2013) las características de los padres permisivos son:

- Casi nunca castigan a sus hijos.
- No son exigentes ni controladores.
- Son poco propensos a establecer normas.
- Son cariñosos.
- Tratan de adaptarse a las necesidades y peticiones de los hijos.
- Poseen escaso control sobre la conducta de sus hijos.

Asimismo, Aguilera (2013) indica los efectos en hijos con padres permisivos:

- Escaso control sobre su propia conducta.
- No reconocen ni respetan las figuras de autoridad.
- No desarrollan la capacidad de posponer la satisfacción de sus necesidades e intereses en pos de otros objetivos.
- Desarrollan problemas de adaptación social.
- Bajos logros escolares.

Este estilo de crianza desarrolla hijos; agresivos, mentirosos, desobedientes, inseguros, Frustrados y con problemas de autoestima.

Vázquez (2016) señala que estos niños se caracterizan por ser muy alegres, divertidos y expresivos. Sin embargo, al no estar acostumbrados a las normas, los límites, las exigencias y el esfuerzo, también son niños muy inmaduros, incapaces de controlar sus impulsos y que se rinden con facilidad. Además, suelen ser niños bastante egoístas, puesto que siempre les han priorizado por encima de todo, y no han tenido que renunciar a cosas por los demás.

2. Autoritario: Se caracteriza por la imposición inflexible de normas y de disciplina, independientemente de la edad de los hijos; ejercen un bajo nivel de calidez, y alto nivel de control.

Los padres que siguen este estilo dan gran importancia a las normas, el control y la exigencia, pero las emociones y los afectos no tienen gran protagonismo en sus interacciones con sus hijos. No suelen expresar abiertamente el cariño hacia sus hijos (Vázquez, 2016, p. 4).

Para Aguilera (2013) las características de los padres autoritarios son:

- Tratan de estar siempre en control y ejercerlo sobre sus hijos, buscan que se adapten a estándares previa y rígidamente determinados.
- Tienden a expresar poco afecto y baja comunicación.
- Tienden a concentrarse en el comportamiento negativo, en lugar de lo positivo.
- Usan sistemas de castigos firmes, agresivos y desproporcionados en relación al hecho que los origina, sin escuchar consideraciones.

- Usualmente no toman en cuenta las necesidades e intereses de los hijos.

Asimismo, Aguilera (2013) indica los efectos en hijos con padres autoritarios:

- Miedo a los padres, que se puede generalizar a otras figuras de autoridad.
- Aprenden a mentir o esconden su conducta por miedo para conseguir la aprobación de los padres o pueden tornarse agresivos y desafiantes.
- Bajos logros escolares.
- Pueden ser peleadores en el colegio, desobedientes, problemáticos, nerviosos, inquietos y temperamentales.
- Socialmente son impopulares.
- Los niños tienden a ser más agresivos.

Este estilo de crianza desarrolla hijos; celosos, con baja autoestima, introvertidos, inseguros, con falta de espontaneidad e iniciativa y con poca creatividad, puesto que sus padres no han tenido en cuenta sus necesidades emocionales y afectivas al mismo nivel que las normas, son niños inseguros con baja inteligencia emocional, que difícilmente tienen autocontrol sobre sus emociones o conductas cuando una fuente de control externo está ausente (Vázquez, 2016).

3. Indiferente: Padres con ausencia de control, disciplina y exigencias, distanciamiento emocional (frialdad) y rechazo en la relación con los hijos. Ejerce bajo nivel de calidez, y bajo nivel de control.

De acuerdo a Vázquez (2016) este estilo educativo podríamos calificarlo de inexistente. Realmente, los padres prestan poca atención a sus hijos en ambas dimensiones, de manera que las normas y los afectos brillan por su ausencia. Sus relaciones con los hijos son frías y

distantes, con poca sensibilidad en relación a las necesidades de los pequeños, olvidando en ocasiones incluso las necesidades básicas (alimentación, higiene y cuidados).

“Además, aunque en general no establecen límites y normas, en ocasiones ejercen un control excesivo e injustificado, totalmente incoherente, que no hace más que marear a los hijos acerca de su propia conducta y emociones” (Vázquez, 2016, p. 4).

Para Aguilera (2013) las características de los padres indiferentes son:

- Están muy centrados en sus propias, necesidades, desafíos personales, profesionales o en sus problemas.
- No ejercen control sobre sus hijos.
- Tienden a no expresar afecto y no se comunican con sus hijos.
- En el hogar no se establecen normas o criterios que rijan la conducta de los hijos.
- En general no se preocupan de corregir a sus hijos y prefieren pasar poco tiempo con ellos.

Asimismo, Aguilera (2013) indica los efectos en hijos con padres indiferentes:

- Hijos aislados.
- Con baja autoestima.
- Inseguros e inmaduros.

Vázquez (2016) argumenta que estos niños presentan problemas de identidad y baja autoestima. No conocen la importancia de las normas, y, por tanto, difícilmente las cumplirán. Además, son poco sensibles a las necesidades de los demás y especialmente

vulnerables a presentar problemas de conducta, con los conflictos personales y sociales que esto conlleva.

4. Democrático: Padres que tratan de dirigir las actividades de sus hijos en forma racional, prestando atención a su edad y a sus circunstancias particulares. Ejerce un alto nivel de calidez, y un alto nivel de control.

Vázquez (2016) menciona que los padres democráticos mantienen muestras de afecto y aceptación explícitas a sus hijos, presentan sensibilidad hacia sus necesidades, favorecen que se expresen verbalmente expresando sentimientos y pensamientos, a la vez que tienen un alto nivel de exigencia, dejan las normas claras haciéndoselas saber a sus hijos, y cumplen con los castigos o sanciones.

Para Aguilera (2013) las características de los padres democráticos son:

- Muestran confianza en sí mismos como padres y como personas.
- Son exigentes, pero amorosos y respetuosos con sus hijos.
- Corrigen a sus hijos cuando es necesario y les dan explicaciones lógicas, acerca de los motivos de un castigo.
- Favorecen el diálogo y la expresión de sentimientos, validan los sentimientos de sus hijos.
- Predican con el ejemplo de modo que los niños pueden “ver” lo que se espera de ellos.

“La relación con sus hijos se caracteriza por ser cálida, cercana, afectuosa y comunicativa. Tienden a mantener diálogos explicativos con sus hijos basados en el

razonamiento y la coherencia. Utilizan el reforzamiento positivo, y animan a sus hijos a superarse continuamente” (Vázquez, 2016 p. 5).

Asimismo, Aguilera (2013) indica los efectos en hijos con padres democráticos:

- Son seguros e independientes
- Socialmente competentes,
- Ejercen autocontrol sobre su conducta y creativos.
- Desarrollan mejor rendimiento académico.

Aguilera (2013) agrega que estos niños se caracterizan por tener una autoestima alta, con confianza en ellos mismos, que se esfuerzan por conseguir sus objetivos y no se rinden con facilidad. Afrontan las nuevas situaciones con confianza y entusiasmo. Tienen buenas habilidades sociales, y tienen una gran inteligencia emocional.

Por su parte Vázquez (2016) concluye que este estilo de crianza es el más buscado y recomendado en general, puesto que están demostrados sus efectos positivos para la salud mental de los hijos.

Para ser una madre o padre democrático Vázquez (2016) sugiere 10 consejos para padres con el estilo democrático para desarrollar en la dinámica familiar:

1. Tener siempre presente que los hijos depende de los padres, y que las reacciones hacia su conducta determinarán su comportamiento.
2. Tener en cuenta las necesidades emocionales y afectivas de los hijos, no solo las básicas. Los niños necesitan cariño, afecto, amor y paciencia.

3. Animar a los hijos expresar las cosas que les ocurren, y ayudarles a identificar cómo se llaman esos sentimientos que describen.
4. Explicarles a los hijos la razón de la tristeza o cansancio que en ocasiones experimenta. Esto no quiere decir que cuentes a tus hijos asuntos de adultos, pero siempre puedes trasladar al nivel del niño la explicación.
5. El razonamiento debe estar presente en los intercambios comunicativos. Explicando a los hijos los porqués de las cosas.
6. Los hijos necesitan límites y normas. Hay que hacerles saber qué deben hacer y sobre todo por qué es importante que hagan aquello que les pides.
7. Además de conocer los límites y las normas, es importante que cumplas las promesas y amenazas.
8. El hijo necesita comprender la importancia del esfuerzo. Hay que animarles a enfrentarse a las situaciones que se les presenten. Indicándoles que son competentes, y que con esfuerzo pueden conseguir aquello que se propongan.
9. Hacerle saber al hijo que, si se equivoca o falla, estarás disponible para ayudarlo.
10. No censurar los pensamientos y emociones del hijo. Es bueno que el niño no se sienta cohibido a la hora de expresarse. Así, sentirá que te puede contar sus cosas, y siempre es mejor dirigir su conducta a través del conocimiento que a través de su desconocimiento.

Comunicación efectiva y afectiva entre padres e hijos

De acuerdo a Redondo (2000) la comunicación es el intercambio de información entre dos o más personas. Esta puede ser verbal, o no-verbal. Además señala que la comunicación puede ser positiva, negativa, efectiva o inefectiva.

También la comunicación en la familia tiene una función más importante que la pura información; es un puente de doble vía que conecta los sentimientos entre padres e hijos. La comunicación familiar es básica para ayudar a los niños a desarrollar una autoestima fuerte, una personalidad saludable y unas buenas relaciones sociales (Redondo, 2000).

Por otro lado Redondo (2000) manifiesta que es importante que los padres se puedan comunicar abierta y efectivamente con sus hijos por varios motivos:

1. La comunicación efectiva y afectiva beneficia de por vida a los niños y a cada miembro de la familia.
2. Las relaciones entre padres e hijos mejoran mucho cuando existe una comunicación efectiva.
3. Si la comunicación entre padres e hijos es buena, sus relaciones serán buenas también. Los niños empiezan a conformar sus ideas y opiniones sobre si mismos en base a la comunicación que reciben de los padres.
4. Cuando los padres se comunican efectivamente con sus hijos, les demuestran respeto. Los niños empiezan a sentir que sus padres los escuchan y los comprenden, lo cual les aumenta su amor propio.

5. Si los padres se comunican bien con sus hijos, es más probable que sus niños estén más dispuestos a hacer lo que se les pide, porque estos niños saben lo que sus padres esperan de ellos, y es más probable que lo puedan cumplir.

Por su parte Saviñón (2010) sugiere los siguientes ejemplos de formas de comunicación afectiva entre padres e hijos:

- Describa el problema: “¡La luz del baño está encendida!” (En lugar de: “¡Cuántas veces te he dicho que apagues la luz del baño!”)
- Dé información: “Juan, la leche se agria cuando está afuera de la nevera”. (En lugar de: “Juan, eres un irresponsable por dejar la leche fuera de la nevera”).
- Dígalo con una palabra: “¡María, las toallas!” (En lugar de: “¡María, eres una descuidada, mira las toallas en el piso!”).
- Hable de sus sentimientos: “No me agrada que me digan lo que tengo que hacer. Me gustaría escucharte decir: papá, estoy listo para ir al cine. ¿crees que podrías llevarme ahora?”

La comunicación afectiva ayuda a los padres a formar hijos responsables; con una buena autoestima; respetuosos de ellos mismos y de los demás; autosuficientes e íntegros. Además, ayuda a establecer una relación afectiva y funcional entre padres e hijos, con límites adecuados (Saviñón, 2010).

La comunicación sincera, positiva y efectiva tiene mucho de práctica. Los padres deben recordar que no son perfectos, que cometen errores, y que pueden mejorar también como padres; lo significativo es que los padres se esfuercen en comunicarse efectivamente

con sus hijos, desde que estos son pequeños. El resultado será una relación familiar más cercana y positiva.

Los padres que proveen a sus hijos con plenitud de amor, tiempo, entendimiento y aceptación, ayudan a crear un buen ambiente para la comunicación. Los niños que se sienten amados y aceptados por sus padres son más capaces de compartir sus sentimientos, pensamientos y preocupaciones con ellos. Esto se puede lograr de manera verbal y no verbal (Redondo, 2000).

Depresión, Ansiedad y Suicidio en la Niñez

Depresión

La Organización Mundial de la Salud (2017) declara que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2017).

La depresión afecta también a los niños. Su falta de madurez los hace más vulnerables, y no siempre saben describir lo que sienten. La prevalencia de la depresión infantil es similar a la de la depresión en los adultos. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud estima que un 3% de la población infantil sufre depresión, que

representa entre el 10 y el 15% de las consultas de psiquiatría infantil según diferentes autores (López, 2017).

Del mismo modo Martín (2010) expone que los niños que sufren depresión presentan síntomas muy diferentes de los adultos. En niños menores de 7 años, el síntoma más frecuente en la depresión es la ansiedad. Manifiestan rabietas frecuentes, irritabilidad, llanto sin motivo, falta de interés en los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento en la actividad motora. También puede aparecer fobia escolar. En niños de entre 7 y 13 años puede haber agresividad, irritación, ideas recurrentes sobre la muerte, apatía, tristeza y agitación o inhibición psicomotriz.

Las causas de la depresión en niños son variadas, de acuerdo a la bioquímica las personas deprimidas en general muestran niveles muy altos de la hormona cortisol, y una reducción de neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina. Por otro lado, está el origen familiar de la depresión donde los niños reciben una visión triste del mundo por el comportamiento de sus padres, o por crecer en un ambiente que no es totalmente enriquecedor (Frías, 1994).

Sintomatología de la depresión en niños

Es importante reconocer la cara de la depresión en el niño, para detectar y prevenir este estado emocional, a continuación se presenta la sintomatología depresiva en niños según (López, 2017):

1. **Humor depresivo:** los niños, pueden presentar un estado de ánimo deprimido o irritable. Los más pequeños, además, a menudo no son capaces de describir cómo se sienten y suelen quejarse de molestias físicas imprecisas, y mostrar una

triste expresión facial o una escasa comunicación visual. Conducta agresiva o acciones que demuestren hostilidad o cólera.

2. Pérdida de interés hacia el entorno, o incapacidad para disfrutar con el juego o con las actividades escolares.
3. Falta de energía: no juega, rechaza ir colegio, en casa se le ve desanimado, no habla, etcétera.
4. Presencia de uno o más de los siguientes síntomas: pérdida de confianza y autoestima y sentimientos de inferioridad.

Muchos de estos síntomas aunque conocidos son difíciles de detectar en los niños, que constantemente son enérgicos y poco verbales; sin embargo, son vulnerables de padecer de ansiedad, angustia y depresión.

Es importante conocer la sintomatología antes mencionada pero ¿Cómo detectar los síntomas en un niño? Para ello es necesario entender sus manifestaciones en las edades de la niñez media aquí algunos ejemplos de cada síntoma por (López, 2017):

1. Reproches: en los niños se refleja mediante una auto-desvalorización o un sentimiento de culpa excesivo o inapropiado.
2. Ideas o intentos auto líticos (autodestructivos): en los niños se observan signos no verbales de conducta suicida como realizar acciones en las que corre riesgos de forma reiterada, a veces como si se tratase de un juego, o adoptar comportamientos auto lesivos (por ejemplo arañarse).
3. Presentan problemas de conducta o un bajo rendimiento académico.
4. Actividad psicomotriz agitada o inhibida.
5. Alteraciones del sueño.

6. Variaciones de peso (en los niños generalmente se da un aumento).

De acuerdo con López (2017) la depresión infantil puede responder a factores precipitantes como:

- Estar sometidos a un estilo educativo excesivamente estricto.
- La pérdida de alguno de los progenitores; por fallecimiento o divorcio.
- Padres muy perfeccionistas.
- Problemas físicos.
- Dificultades en la interacción con otros niños o conductas agresivas de éstos hacia ellos (por ejemplo bullying).

Orientación para los padres al tratar la depresión en los niños

Para tratar la depresión en niños sin duda es necesaria la ayuda de los padres.

Pereyra (2008) indica algunas consideraciones que los padres deben tener en cuenta para facilitar la recuperación del menor.

- Realizar actividades físicas con el niño: Salir a caminar y conversar un poco, un buen ejercicio equivale a un antidepresivo, también se puede realizar juegos donde involucren movimientos corporales, estos pueden ser la cuerda, fútbol, carreras entre otros.
- Facilitar al niño contacto de la naturaleza: al respirar aire puro se oxigena mejor el cerebro, mejoran las funciones psíquicas y se experimenta una notable sensación de calma. Además enseñarles las grandes lecciones positivas de la naturaleza.

- Evitar en el niño el aislamiento, la soledad y la pasividad: diversos estudios han descubierto que el retraimiento y la inactividad producen cambios en la química del cerebro que favorecen las emociones y los pensamientos depresivos.
- Conversar con el menor: lo ideal es a establecer relaciones satisfactorias con los demás, aunque lograrlo es muy difícil cuando está muy deprimido.

Al igual que en el caso de la depresión adulta, el tratamiento de la depresión infantil debe ser individualizado, adaptándolo al niño y a su fase de desarrollo, y teniendo en cuenta su funcionamiento cognitivo, maduración afectiva y su capacidad de mantener la atención. Resultará indispensable que en el tratamiento se involucre a los padres, en la medida de lo posible es necesario intervenir el entorno del niño (familiar, social y escolar).

Ansiedad

La ansiedad es una emoción básica que experimentamos todos los seres humanos. Suele aparecer como respuesta normal a un peligro o amenaza. A medida que los niños crecen, hay momentos en los que sienten miedo o perciben el peligro y respuesta experimentan ansiedad. Es completamente normal tener sentimientos de ansiedad en determinadas situaciones y a determinadas edades. Sin embargo, cuando para el niño las sensaciones de ansiedad son muy intensas o aparecen a menudo produciendo angustia, pueden llegar a desarrollar trastornos de ansiedad (kids, 2016).

Por su parte Gullamon (2004) asegura que la respuesta ante una situación que genera ansiedad depende en parte de los recursos que dispone el niño para afrontar ese problema y de si percibe que es capaz de resolverlo. Dicho de otro modo, no basta con tener las armas para enfrentarse a un problema, hay que creer que se puede luchar contra él

y superarlo. Este sentimiento de autoeficacia tiene mucho que ver con la autoestima. En la formación de la autoestima cobra especial importancia la familia y la escuela.

Gestalt para la Ansiedad

Maya (2010) expresa que existen los valores Gestálticos; que pueden dar mucho aporte para la autoestima del menor.

1. Amor: el amor como todos los demás valores se enfoca en un principio hacia sí mismo y después hacia los demás. El amor hacia uno mismo fortalece la autoestima, para que esta sea sana el niño debe estar seguro del amor de sus padres por lo que él es y no por lo que hace.
2. Responsabilidad: la responsabilidad es uno de los grandes valores. Se refiere a la habilidad que se tiene para responder conscientemente ante las distintas circunstancias que va planteando la vida. En este sentido, es importante fomentar en el niño una actitud activa dirigida a la resolución de problemas a través del modelaje de sus padres.
3. Respeto: el respeto hacia uno mismo significa reafirmarme en la valía personal. Es una actitud positiva hacia el derecho de vivir y de ser feliz, de sentirse cómodo cuando reafirma pensamientos, necesidades, y deseos, etc.
4. Honestidad: ser honesto significa comportarse congruentemente y expresarme con sinceridad, de acuerdo con la verdad y la justicia.

El apoyo social es, sin duda, uno de los recursos más importantes para prevenir los problemas psicológicos, entre ellos los trastornos de ansiedad. Es importante fomentar las relaciones sociales del niño, dejar que realice salidas con otros niños, excursiones, dormir en casa de amigos. Cuantas más experiencias diferentes tenga el niño más estrategias

desarrollará para afrontar problemas. Cuantos más amigos tenga mejor y más apoyado se sentirá para poder superar diferentes problemas.

Si bien realizar diferentes actividades para potenciar las aptitudes del niño es aconsejable y saludable, y promover diferentes experiencias permite desarrollar estrategias para afrontar problemas y construir una buena red de apoyo social, no hay que excederse ni en la cantidad de actividades a realizar ni en lo que se espera de ellas. Los niños con un exceso de actividades extraescolares muestran cansancio, estrés y se sienten presionados. Tienen la necesidad de cumplir con todo y con todos y se dan cuenta de que no pueden. Esto puede repercutir de forma negativa en su salud mental (Gullamon, 2004).

Suicidio

Según ONG (2017) El término *suicidio infantil* designa el acto por el cual un niño provoca su propia muerte de manera voluntaria. En la mayoría de los casos, esto no significa simplemente un deseo de morir, sino que aparece como el último recurso para escapar de un gran sufrimiento o de una situación para la cual el niño no encuentra salida.

Por otro lado, un intento de suicidio es definido como un acto no exitoso a través del cual el niño expresa un deseo de lastimarse, poniéndose en peligro, con la intención de provocar su propia muerte. Los intentos de suicidio pueden ser considerados como un intento desesperado de llamar la atención hacia los problemas o sentimientos de maltrato que el niño experimenta (ONG, 2017).

Además, Elia (2017) define el comportamiento suicida es una acción destinada a lastimarse uno mismo e incluye la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. En la ideación suicida existen

pensamientos y planes de suicidio. Los intentos de suicidio son actos autolesivos que podrían provocar la muerte. (p. 14).

Pero, ¿qué lleva a un niño de una edad tan temprana a suicidarse? Habría que verlo en cada caso. Cuando son tan pequeños hay que recoger el contexto y características evolutivas del niño, ver cómo afronta las situaciones y la frustración. Todas esas cosas que a veces parecen mínimas, en un todo nos hacen comprender la situación, explica Pedreira. No obstante, experiencias desagradables o traumáticas como violencia familiar, maltrato, abandono, acoso escolar o abusos se convierten en un gran caldo de cultivo (Mengual, 2015).

Asimismo, el énfasis en esta problemática se hace en la importancia de proteger a los niños de los medios de presión social como las redes sociales, que a esas edades tienen un enorme impacto sobre los menores, especialmente en casos de *bullying*. (Mengual, 2015).

Causas de suicidio en niños

ONG (2017) argumenta que existen varias causas y factores que influyen para que el menor piense en suicidarse los cuales son los siguientes:

1. Factores personales: los más frecuentemente señalados son psicológicos (depresión, ansiedad, personalidad anti-social...) y comportamentales (agresividad, abuso de alcohol o drogas).
2. Factores familiares: el entorno familiar también juega un importante papel si no logra brindar al niño una atmósfera suficientemente segura durante todo su crecimiento. El abandono, la negligencia, el abuso o la pérdida de parámetros

culturales (como en el caso de una reubicación forzada) y la falta de proyectos de futuro, pueden fomentar tendencias suicidas. En general, el aislamiento social o afectivo es una importante causa de suicidio.

Factores de riesgo de suicidio en niños

Elia (2017) menciona algunos factores de riesgo que se presenta en la infancia:

- a. Un evento estresante puede conducir al suicidio en niños que sufren trastornos de la salud mental como la depresión.
- b. Los niños con riesgo de suicidio están deprimidos o ansiosos, abandonan sus actividades, hablan sobre asuntos relacionados con la muerte o sufren cambios repentinos de comportamiento.
- c. Familia y amigos que no consideran seriamente todas las amenazas o intentos de suicidio.

Prevención del suicidio infantil

Detectar y comprender los signos o síntomas antes de que los niños lleven a cabo sus impulsos es importante a la hora de tomar las medidas necesarias para prevenir un suicidio. Los padres y otras personas cercanas al niño deben prestar atención a su comportamiento y a sus actividades de forma que sea posible detectar signos que sugieran la presencia de depresión o pensamientos suicidas.

Elia (2017) considera que lo más importante en materia de prevención es la atención de los miembros de la familia y del personal educativo, quienes deben apoyar al niño y no

descuidar o desacreditar sus sentimientos y problemas, especialmente si está atravesando un período estresante o cambios profundos en su vida.

Acto seguido, se presenta una lista de síntomas que tanto la familia como el personal educativo debe considerar como preocupantes, para prevenir un desenlace fatal, especialmente si varios de ellos se manifiestan al mismo tiempo (Elia, 2017):

- Trastorno del sueño (dormir mucho o muy poco)
- Pérdida del apetito y/o peso
- Aislamiento
- Pérdida del interés en las actividades preferidas
- Absentismo escolar
- Agresividad física o psicológica
- Abuso de alcohol o drogas
- Falta de preocupación por la apariencia e higiene
- Correr riesgos innecesarios
- Interés por la muerte
- Envío de mensajes preocupantes por internet
- Malas notas o problemas escolares inusuales
- Dificultad para concentrarse
- Pensamientos negativos respecto de las propias cualidades y logros.

Por su parte Drugs (2017) ilustra algunas estrategias preventivas que puede realizar los padres con hijos en riesgo:

- Dejar que el niño hable. Escucharlo cuidadosamente. Dejarle saber que se toman sus sentimientos y pensamientos muy seriamente. Tratar de encontrar (enfocar) la causa de la pena y tristeza del niño.
- Hacer preguntas directas. Preguntar: ¿Está usted pensando en suicidarse? o ¿Está usted pensando en poner fin a su vida? ¿Tiene usted un plan para hacerse daño o suicidarse? ¿Qué usaría para suicidarse?
- Acompañar al niño. No dejarlo solo si él dice que quiere suicidarse. Al permanecer con él, se puede salvarle la vida.
- Conseguir ayuda inmediata.
- Encontrar maneras para disminuir la pena y aumentar las formas de enfrentarla.
- Animarle a estar con otras personas y en actividades. Decirle al niño que emplee tiempo con la familia y con los amigos con la intención que él hable con ellos acerca de la forma como él se siente.
- Leer y escribir. Decir al menor que lea libros, poesía u otras cosas escritas que lo hagan sentir bien. El niño puede llevar un diario donde escriba acerca de las cosas que hace, de lo que piensa y sobre la forma como se siente.
- Comer buenos alimentos y dormir bastante.
- Ejercitarse con frecuencia. El niño debe salir y practicar deportes. Si no le gustan los deportes, puede hacer frecuentes y largas caminatas o excursiones.

- Ayudarle a realizar una lista de las metas. Puede fijarse metas para lo que piensa hacer en el día, el mes o en el resto del año. Él puede celebrar al borrar sus metas a medida que él las va cumpliendo.
- Que se ofrezca como voluntario para ayudar a otros. Ayude al menor a encontrar un grupo u organización que necesite ayuda. Sentirse útil puede hacer que se sienta mejor.

Prevención de drogas y alcohol

La prevención primaria es importante porque actúa antes de cualquier indicio evidente sobre el consumo de drogas, impidiendo de alguna manera el acercamiento de nuestros niños a esa problemática social. Las acciones de prevención primaria requieren fundamentalmente el apoyo de las personas más cercanas al individuo.

El riesgo del abuso de drogas aumenta en gran medida tiempos de transición. En la adolescencia temprana, cuando los niños pasan de la primaria a la escuela media, se enfrentan a situaciones sociales y académicas nuevas y desafiantes. A menudo, durante este período, los niños están expuestos a sustancias que se prestan al abuso (como los cigarrillos y el alcohol) por primera vez (NIDA, 2014).

Es por esa razón que Naciones Unidas (2004) asegura que el entorno escolar y el de las clases constituyen importantes elementos variables que influyen en la eficacia de la educación para la prevención del uso indebido de drogas. Los estudiantes interactúan en el contexto de las clases, cada una de las cuales posee su propio entorno normativo, que fomenta o desalienta determinados comportamientos.

El consumo de drogas, legales e ilegales, es un tema en torno al cual existe una gran preocupación social. El uso y abuso de las drogas representa un problema grave, capaz de producir importantes alteraciones de la salud y problemas sociales. Las conductas adictivas suponen un gran impacto no sólo en las vidas de los afectados y sus familias, sino en toda la sociedad. En consecuencia, la intervención en este campo constituye una necesidad incuestionable e incide de manera fundamental en la calidad de vida de los pacientes, de su entorno y de toda la comunidad. (ISEP, 2003)

Factores de riesgo

Según ISEP (2003) existen factores como:

- Factores personales: existen rasgos de la personalidad que hacen más vulnerable a unos sujetos que a otros para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, aunque tampoco se puede afirmar que exista una personalidad propia del drogodependiente.
- Factores del entorno próximo: el joven está continuamente expuesto a modelos que presentan una conducta adictiva. Por imitación se puede adoptar la tendencia a consumir drogas.
- Factores ambientales globales: existe un hábito muy extendido que consiste en medicarse por cualquier tipo de dolencia o problema. La pastilla se convierte así en la solución mágica para resolver todo tipo de problemas. El drogodependiente es siempre víctima de una situación social determinada. En este sentido, algunas personas generalizan el culto del fármaco al uso de las drogas.

Estrategias para tratar con los niños

En la prevención de drogas, la edad temprana como la niñez media es fundamental; es por esa razón que estas estrategias en el hogar y en la crianza de los hijos pueden ser de gran ayuda.

La American Psychological Association (2017) brinda las siguientes estrategias como prevención de drogas y actitudes violentas:

- Brindar a los hijos amor y atención constantes: cada niño necesita una relación fuerte y afectuosa con un padre u otro adulto para sentirse seguro y desarrollar un sentido de confianza. Hay menos probabilidad de que se desarrollen problemas de conducta consumo de drogas y delincuencia en niños cuyos padres participan en sus vidas, en especial a una corta edad.
- Asegurarse de que los hijos sean supervisados: sin la supervisión adecuada, los niños no reciben la orientación que necesitan. Los estudios indican que los niños sin supervisión suelen tener problemas de conducta. Por lo tanto, es importante saber dónde están los hijos en todo momento y quiénes son sus amigos. Animarlos en edad escolar a participar en actividades extracurriculares supervisadas. Y acompañarlos a actividades de juego supervisadas donde se observe cómo se llevan con los demás.
- Mostrar a los hijos conductas adecuadas con el ejemplo: Los niños suelen aprender siguiendo un ejemplo. La conducta, valores y actitudes de los padres y hermanos tienen una gran influencia en los niños. Los valores de respeto, honestidad, las tradiciones pueden ser fuentes importantes de fortaleza para los niños, en especial si

se enfrentan con presiones negativas de otros niños de su edad, viven en una zona violenta o asisten a una escuela en una zona peligrosa.

- Ser consecuente con las reglas y disciplina: cuando se establezca una regla, hay que atenerse a ella. Los niños necesitan una estructura con expectativas claras para su conducta. Establecer reglas y luego no hacerlas cumplir resulta confuso. Para establecer las reglas, los padres deben hacer participar a los niños siempre que sea posible. Explíqueles qué espera y cuáles son las consecuencias de no seguir las reglas.
- Mantener la violencia lejos de su hogar: la violencia en el hogar puede causar miedo y ser dañina para los niños. Los niños necesitan un hogar seguro y lleno de afecto donde no tengan que crecer con miedo. Un niño que ha visto violencia en su hogar no siempre se vuelve violento, pero hay más probabilidad de que trate de resolver los conflictos a través de la violencia.
- Procurar que los hijos no vean demasiada violencia en los medios de comunicación: Limitar el tiempo de ver televisión de 1 a 2 horas por día. Asegurarse de saber qué programas de televisión miran los hijos y a qué tipos de videojuegos juegan. Ayudarlos a entender cuán doloroso sería en la vida real y las graves consecuencias de las conductas violentas.
- Desarrollar un estilo de educar fortalecedor o positivo: Esto es posible cuando los padres dedican tiempo de calidad y cantidad a sus hijos desde que son pequeños. Además, cuando se interesan por lo que hacen y conocen el entorno en que se están desarrollando, cuando les brindan cariño y apoyo incondicional. Cuando les

establecen normas y límites claros de forma adecuada, y cuando mantienen una Comunicación de manera eficaz.

En definitiva, hablar sobre drogas con los hijos e hijas es hacer prevención no solamente informando porque eso no va a prevenir el consumo. Lo más importante es que esa información sea de calidad, adecuada a su edad, y a sus conocimientos, opiniones y experiencias concretas con las sustancias.

Metodología Aplicada

La observación en el método clínico

Según Sanjúan (2011) indudablemente el método clínico de observación surge en el ámbito de la medicina y de ella lo toma el psicoanálisis. La observación, inicia el proceso de conocimiento de la persona que acude para ser diagnosticada y posteriormente intervenida. Se observa a la persona sobre la base de lo que *es*, lo que *se agrega* y lo que *se comunica*, ya sea en forma verbal y/o en forma no verbal, lo que permite que parta de lo general o conocido, a lo particular o lo desconocido, de lo consciente a lo inconsciente.

La autora sigue explicando que al observar lo que el sujeto *es*, se busca conocer por medio de su estructura morfológica y del sistema nervioso si presenta alguna alteración que influya en su comportamiento. Por otra parte, al observar lo que el sujeto *se agrega*, se conoce la influencia del medio sobre él mismo, el tipo de alimentación que ha tenido, si se viste de acuerdo a su edad y a las normas del grupo social al que pertenece. Las bases para observar estas manifestaciones, las proporciona la aproximación teórica conductual y social.

Finalmente, destaca que es importante tomar en consideración lo que el sujeto comunica, ya que la tristeza, el enojo, coraje, sumisión, altanería, bondad, ira, rigidez, etc. son elementos importantes, los cuales se manifestaran más ampliamente en el transcurso de la entrevista, o el tratamiento, y lo que comunica en forma no verbal es la parte más genuina de sí mismo, ya que la persona puede decir que está a gusto, sin embargo, en su rostro y músculos manifiesta tensión, que es indicador de lo contrario. En el proceso de comunicación a partir del nacimiento, el ser humano pasa por la etapa de los gestos, del lenguaje verbal y del lenguaje escrito, en la primera etapa el sujeto manifiesta claramente lo que siente, y en las siguientes aprende a manejarlos, por lo que es importante el conocimiento del lenguaje no verbal (Sanjúan, 2011).

Como parte de la práctica profesional, en la atención individual a pacientes, se recurrió ampliamente al método clínico de observación, dándole una importancia medular por el énfasis psicoanalítico predominante en la atención psicológica que se brinda en el Área de Salud de Alajuela Central.

Se estableció la observación para iniciar el proceso de conocimiento de cada uno de los distintos pacientes que pasaron por consulta, como base para ser diagnosticadas y posteriormente intervenidas.

Se partió de observar la estructura morfológica (aspecto físico) y del sistema nervioso (manifestaciones de ansiedad o nerviosismo) de los pacientes para notar si presentan alguna alteración que influya en su comportamiento.

Asimismo, se observaba a los pacientes para conocer la influencia del medio sobre los mismos, como por ejemplo: la vestimenta acorde a su edad y sexo, las relaciones, roles y funciones dentro de la dinámica con el grupo familiar y social al que pertenecen.

Del mismo modo se tomó en consideración observar ampliamente las distintas emociones y sentimientos que expresan los pacientes de manera verbal y no verbal en el transcurso de la entrevista, dando especial relevancia a lo que comunican en forma no verbal, porque representa un indicador más genuino de su verdadero estado anímico.

La entrevista psicológica

De acuerdo con Vidal (2011) la entrevista es un instrumento para obtener información relacionada con algún objetivo general o específico, desde una perspectiva teórica o práctica y desde un ámbito de acción y disciplina que produce por sí misma un tipo de información y comunicación. La entrevista psicológica, es una técnica de evaluación que utiliza la comunicación verbal, escrita y gestual para obtener información, analizarla e interpretarla con fines de asesoramiento, diagnóstico y terapéuticos. En la entrevista se establece una relación directa y asimétrica con los clientes y se establecen objetivos que se pueden comunicar o no comunicar al cliente y que pueden ser parecidos o diferentes a los que éste solicita. La entrevista se desarrolla dentro de un marco determinado por el rol del psicólogo y del cliente-paciente.

Como parte del trabajo efectuado en el Área de Salud de Alajuela Central, se participó como asistente de la supervisora en el departamento de psicología en un promedio de 5 a 7 entrevistas psicológicas por día, durante cinco días a la semana, por un periodo de casi dos meses. Es decir, se realizaron más de cien entrevistas en el campo de la psicología clínica atendiendo a niños, adolescentes y mujeres adultas que asisten a consulta psicológica.

Dichas entrevistas son parte de la dinámica de comunicación que hay entre la psicóloga, el asistente de psicología y los pacientes. En su mayoría las entrevistas eran de tipo individual y no estructurada (en caso de menores de edad por ley eran acompañados por sus padres). Como es común en este tipo de entrevistas, se trabajó con preguntas abiertas, sin un orden preestablecido, adquiriendo las características de conversación y permitiendo la espontaneidad.

Además, como parte del procedimiento legal que sigue el Área de Salud, previo a iniciar cada entrevista, se procedía a solicitar al paciente su consentimiento para que el asistente en psicología participara de la entrevista, en caso que este aceptara, se procedía a llenar y firmar el respectivo consentimiento informado (en el caso de menores de edad el consentimiento lo firmaban los padres).

Cabe resaltar que las entrevistas tuvieron como fin primario obtener información precisa, para luego analizarla y determinar un posible diagnóstico, en algunos casos de manera puntual y otros quedando en proceso de estudio para luego ser diagnosticados en entrevistas posteriores. En definitiva, las entrevistas permitieron evaluar la situación que presentaba cada paciente, a fin de determinar su condición general de salud mental y su problemática específica.

Intervención psicológica

Según Domínguez (2010) la intervención psicológica se refiere a los métodos utilizados en la psicología clínica y que constituyen un subconjunto de los medios que permiten brindar un beneficio psicológico. Los medios psicológicos típicos son, por ejemplo, el diálogo y el ejercicio como factor para influir. Tienen siempre un punto de arranque en la vivencia y conducta, y se realiza en la interacción social entre el que presta

la ayuda y el que la busca. Por tanto, la característica esencial no es, como se podría suponer a primera vista, la modificación de características y procesos psíquicos, si no, la influencia ejercida por medios psicológicos.

Como parte de la labor desarrollada en el Área de Salud de Alajuela Central, se asistió en el abordaje de diversos casos, entre los que se pueden mencionar: trastornos del estado de ánimo como depresión y ansiedad, ataques de pánico, procesos de duelo, conductas disruptivas y autolesivas en niños y adolescentes, trastornos alimenticios como anorexia y bulimia en adolescentes, trastorno de conversión, problemas de crianza, apego inseguro y dependencia emocional, etc.

Todos estos casos antes mencionados fueron objeto de dialogo, estudio previo y seguimiento respectivo en conjunto y bajo la supervisión de la coordinadora del área de psicología de la institución. Las diferentes intervenciones psicoterapéuticas se abordaron bajo el modelo psicoanalítico. En su mayoría, las intervenciones incluían la realización del examen mental acotado, definición puntual del motivo de consulta (en caso de ser primera consulta), además de brindar al paciente un espacio de seguridad y confidencialidad que le permitiera hacer asociación libre, catarsis, e identificación de emociones y sentimientos, procurando guiarlo hacia una introspección que lo lleve a decidir un cambio como resultado del tratamiento psicoanalítico, atendiendo la presencia de la transferencia en el paciente y evitando la contratransferencia en los profesionales.

Además, se recurrió como parte de las intervenciones a realizar en conjunto con la supervisora, las respectivas referencias a pacientes de psiquiatría, para ser valoradas y medicadas en caso de ser necesario. En otros casos, ciertos pacientes fueron remitidos a equipos interdisciplinarios conformados por médico de familia, trabajador social, y

psicóloga, para brindar una intervención integral. Finalmente, algunos pacientes fueron referidos al segundo nivel de atención psicológica que ofrece la Caja Costarricense del Seguro Social, donde se atienden casos previamente identificados bajo la cobertura de ese nivel de cuidado.

Intervención en crisis

Una crisis es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikeu, 1988, citado por (Fernández., 2010). Asimismo, desde el enfoque Gestáltico, definen crisis como el punto de cambio, sugiriendo que el cambio puede ser: sanar o enfermar, mejorar o empeorar (Coggiola, 2010).

La intervención en crisis permite introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que la está experimentando para ayudarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio emocional.

En base a lo anterior, en el área de Salud de Alajuela Central, en el consultorio de psicología, se realizaron intervenciones en crisis a mujeres, adolescentes, y niños que presentaron conflictos emocionales transitorios, los cuales les impedían realizar sus actividades laborales y escolares, por lo que se requirió realizar las respectivas intervenciones con el propósito que expresaran sus sentimientos y emociones en torno a problemáticas como: divorcio, separación, muerte, pérdidas económicas o de salud, etc. Y posteriormente guiarlos a buscar soluciones para que pudiesen recuperar el nivel funcional

que presentaban antes de la crisis y a la vez, prevenir el posible desarrollo de trastornos patológicos posteriores en su vida.

Talleres psicoeducativos

Según Torres (2014) los talleres psicoeducativos son espacios de reflexión y aprendizaje grupal, utilizados por profesionales de la salud mental en el ámbito clínico, comunitario, educacional y organizacional. Su principal objetivo es potenciar y desarrollar habilidades sociales que permitan fortalecer los distintos ámbitos del desarrollo humano. En el espacio psicoeducativo los talleres se elaboran sobre una base eminentemente preventiva. De esta forma, todas las acciones que apuntan a potenciar y desarrollar habilidades sociales que le permiten a los participantes construir herramientas que sean un apoyo en las relaciones familiares, prestando especial interés a la relación que establecen los padres con sus hijos e hijas. Finalmente, es importante señalar que los talleres psicoeducativos aportan al desarrollo personal de los participantes, de esta forma la psicoeducación trasciende el espacio del taller y se transforma en una herramienta útil en diversos ámbitos de la vida.

Dentro del trabajo profesional realizado en el departamento de psicología del Área de Salud de Alajuela Central, se trabajó desde la intervención psicoeducativa por medio de la elaboración, planificación y ejecución de talleres teórico-prácticos, como parte de contribución en materia de promoción y prevención de salud mental, labor que se ha venido realizando progresivamente en este centro médico.

Dichos talleres se orientaron a distintos grupos de personas. Mujeres embarazadas que tienen su control prenatal en esta Área de Salud, como parte de su preparación psicológica para el parto, la maternidad y posibles complicaciones psicológicas posteriores como la depresión post- parto. También a los padres de familia o cuidadores cuyos hijos

presentan dificultad en la crianza o cuyos hijos presentan problemas relacionados con trastornos del estado de ánimo como depresión, ansiedad o riesgo suicida.

Los talleres se elaboraron acorde a las necesidades terapéuticas identificadas con anterioridad en los pacientes que visitan la consulta psicológica de esta Área de Salud de Alajuela Central. Las propuestas y dinámicas implementadas en cada taller fueron previamente revisadas y adaptadas de manera que contribuyesen al progreso de los pacientes niños, adolescentes y adultos que llevan su proceso clínico terapéutico.

Población Atendida

Se trabajó con una población de pacientes niños, adolescentes y mujeres adultas que asisten a consulta psicológica en el departamento de psicología en el Área de Salud de Alajuela Central, la cual está ubicada 150 sur de la Cruz Roja en la ciudad de Alajuela, Alajuela, Costa Rica. Durante los meses de julio a septiembre del 2017.

Se apoyó como asistente de psicoterapia en la realización de observaciones, entrevistas, e intervenciones de atención individual y en talleres psicoeducativos a nivel grupal. Todas estas actividades fueron efectuadas en la oficina del departamento de psicología del Área de Salud. Los motivos de consulta en estos pacientes fueron variados, relacionados con problemas de conducta, rendimiento académico, trastornos psicológicos, y conflictos emocionales. Para todas estas situaciones, se brindó asistencia en la intervención psicológica e intervenciones en crisis.

Debido a que la atención psicológica en esta institución se brinda de acuerdo al cupo disponible, donde en promedio, las sesiones son espaciadas una de la otra entre tres a cuatro meses, se hizo muy difícil atender casos específicos de principio a fin en el proceso

terapéutico. De este modo algunos casos se atendieron por primera vez, otros para dar seguimiento, otros solo para ser diagnosticados y luego remitidos a otro nivel de atención psicológica o psiquiatría, y otros fueron atendidos para ser dados de alta.

Por lo que a fin de sustentar la práctica clínica, se opta por presentar algunas viñetas clínicas para ejemplificar el trabajo realizado. Se eligen momentos de análisis y psicoterapia analítica de varios pacientes que fueron de relevancia para el practicante. Consciente de que la trasmisión escrita sólo puede ser parcial, y que el trabajo en profundidad queda muchas veces vedado en el escrito, pero sí queda presente en la experiencia clínica del practicante.

La complejidad de las configuraciones e intercambios a lo largo de una sesión y un proceso de análisis y el estar limitado en la toma de apuntes, impide que se muestre con exacta precisión el trabajo propiamente dicho. Aun así, las sucintas viñetas que se presentan permiten ilustrar la labor realizada.

Caso # 1

Es una mujer de 52 años, que acude a un nuevo análisis psicológico luego de haberse tratado con psicoterapia desde muy joven, cuando tenía cerca de los 17 años, por una presunta violación; proceso del que finalmente desertó porque según explica le preguntaban mucho sobre el abuso sufrido y eso la hacía sentirse peor. Sin embargo, manifiesta haberse beneficiado con el tratamiento sin que se haya modificado el núcleo central de su padecimiento, que consiste en una depresión de base con múltiples dolencias psicosomáticas.

Actualmente, es paciente de psiquiatría, donde recibe tratamiento farmacológico, pero manifiesta que no le está ayudando. Razón por lo que visita al médico de cabecera en busca de apoyo, quien la refiere a psicología para valoración y posible continuidad de psicoterapia, indicando antecedentes de alcoholismo.

Su apariencia física es desordenada, con poco cuidado de sí misma, y contrasta con la edad declarada, parece enferma. Se aprecia desde que inicia la sesión fluctuación en la atención, y se muestra inquieta. Su expresión facial es triste, de llanto fácil, su mirada es evasiva y cambiante, su tono de voz es moderado y su enunciación clara. Su discurso es verboso. Mantiene un pensamiento obsesivo, con ideas negativas y desilusiones.

En la sesión se le brinda un ambiente de confianza y comprensión mientras transita una y otra vez sobre sus traumas infantiles, y adolescentes, (exilio de su país de origen, maltrato y abuso por parte de sus padres, y presunta violación mientras se encontraba alcoholizada). Además la sesión transcurre con diversos relatos donde la paciente hace referencia a sus múltiples enfermedades que la llevan a recurrir a distintos especialistas.

La atmosfera de la sesión es de tristeza y de apatía. La paciente presenta un estado de supervivencia psíquica que atribuye a su confianza en Dios, incluso dice creer que “ella es como Dios” (ha sufrido mucho, pero resiste). Sin embargo, la supuesta indiferencia y abandono por parte de sus hijos en el presente, en lo tocante a lo económico y emocional, y la privación que hace una de sus hijas de permitirle convivir con sus nietas, provocan su mal humor, su irritabilidad, y su disconformidad con su destino que cree no puede cambiar. El material de la sesión parece una rumiación de tipo masoquista.

Durante la sesión se trata la destitución de idea irracional de “un destino imposible de modificar”, entre otras. Para este cambio de creencias se trabajó la instalación en el campo analítico de una *envoltura de positividad*, en medio de sus frustraciones que permite la expresión de elementos negativos sin dar lugar a actuaciones destructivas. Además se reforzó en la paciente la importancia de *consciencia y la voluntad para realizar el cambio*, y se apeló a *su participación de deseo de lucha* contra las sombras del inconsciente.

Hacia el final de la sesión se trabajan los núcleos familiares conflictivos, desentendiéndose de su discurso cerrado resistencial y monótono. El señalamiento o las preguntas se dirigen hacia esos complejos representacionales – afectivos. Se enfoca a la paciente a darle importancia a las *insignificancias cotidianas placenteras*, en sus vivencias personales y familiares. Como si en esas producciones psíquicas se mostraran afectivos de máxima consecuencia clínica.

Al cierre de la sesión la paciente reflexiona sobre *la importancia de revalorar sus pensamientos conflictivos hacia sus hijos y dar una nueva valorización a la interpretación de las experiencias de insignificancia placenteras*, que le enseñarán gradualmente, el valor de las pequeñas alegrías cotidianas.

La paciente se retira del lugar mostrándose serena, tranquila, y asegura que continuará asistiendo a las sesiones de psicoterapia.

Caso # 2

Es una mujer de 42 años, consulta en segunda sesión envuelta en una crisis a causa de un proceso de divorcio que inició tres meses atrás. Las sucesivas infidelidades del conyugue han derrumbado su autoestima. Su estado anímico, la ansiedad, sus temores e

inseguridades le impiden realizar sus tareas cotidianas. No come, no duerme, llora gran parte del tiempo y pasa largas horas del día recostada en su habitación, apática, y desesperanzada.

En esta sesión la apariencia de la paciente es ordenada, se maquilla en exceso, y no representa la edad declarada. Se aprecia desde que inicia la sesión una atención concentrada, memoria olvidadiza y se muestra nerviosa, e inquieta. Su expresión facial es tensa e irritable, de llanto fácil, su mirada es evasiva y cambiante, su tono de voz es fuerte y su enunciación clara. Su discurso es lineal. Mantiene un pensamiento obsesivo, con ideas negativas y desilusiones. Indica estar en el límite de tolerancia hacia el estrés y el sufrimiento.

El sentimiento de abandono de la niñez, se resignifica en la infidelidad y abandono del marido. La paciente dice que no desea vivir. Indica cumplir con los cuidados de sus hijos de 5 y 12 años con mucha dificultad y esfuerzo, y manifiesta que la crianza de su hijo mayor se le ha salido de control, pues en días pasados discutieron y el menor le sacó un cuchillo amenazando con matarla, culpándola a ella porque su padre los abandonó.

Resiente asistir a la consulta pero dice aceptar que ya no puede seguir de esa manera. Mientras hace una catarsis, profundiza en su historia donde surgen orfanatos, abusos de los cuidadores, duelos, y una relación sentimental fallida, de mucho maltrato físico y psicológico con su expareja, el padre de sus hijos, quién es 6 años menor que ella y con quien se casó cuando este era menor de edad permaneciendo juntos por 15 años.

Durante la sesión indica en repetidas ocasiones que no merece la forma en que su pareja la abandonó, interpretándolo como una ingratitud de su parte. Muestra abierta resistencia aceptar la realidad, niega el hecho diciendo: “Mi marido, seguramente volverá”.

En lento proceso se logra adentrarse en los conflictivos pensamientos de la paciente. Se procura *cambiar su visión selectiva*. Se procede a *preguntar sobre las vivencias placenteras, los logros juveniles, y las ilusiones cumplidas, sin revisar ni privilegiar el material traumático*. A la vez, se busca *empoderarla de su propia vida*.

Hacia el final de la sesión la paciente comienza hacer interpretaciones sobre su estado actual, y deduce tener un tipo de dependencia de su expareja. Llega un momento en que *las asociaciones de la paciente se deslizan por proyectos y expectativas novedosas*: Muestra interés en la lectura sobre la dependencia emocional (se le sugiere un libro), piensa en brindarle mayor atención a sus hijos (salidas, juegos, actividades recreativas), y se desafía a sí misma a realizar algún tipo de ejercicio físico y actividad artística etc. *El afianzamiento de las áreas sanas sostiene el psiquismo en medio en su vulnerabilidad frente a la crisis*.

Al final de la sesión la paciente parece florecer. Decide retomar su vida y se desentiende parcialmente de su drama, ocupada esta vez en sí misma. Se despliega un espacio interior creativo. La sesión se considera altamente provechosa ya que logra estabilizar a la paciente y se le acompaña en la búsqueda de espacios para disfrutar de su vida.

Caso # 3

Es un joven adolescente de 17 años, inicia sesión acompañado por la madre, quien manifiesta desconocer la razón por la que refirieron al hijo de parte del colegio a atención psicológica. Se procede a revisar el expediente y se le informa a la madre sobre la nota de referencia del médico de familia por resultados en prueba de tamizaje para adolescentes (ver apéndice 3) donde aparecen seleccionados los incisos referentes a pensamientos negativos, relaciones sexuales prematuras e ingesta esporádica de drogas (alcohol y marihuana). La madre se muestra sorprendida por la problemática del hijo. Se procede a solicitarle a la madre que se retire del consultorio para continuar la sesión con el hijo.

Durante la sesión la apariencia del paciente es ordenada, viste uniforme, y representa la edad declarada. Se aprecia atención concentrada, su expresión facial es alerta. Se muestra nervioso, e inquieto. Se frota las manos en el pantalón, se truenan los dedos. Su mirada es evasiva y cambiante, su tono de voz moderado y su enunciación clara. Su discurso es lineal. El paciente guarda espacios de silencio, al principio la sesión es casi muda, se limita a contestar lo que se le pregunta sobre sus respuestas en el test.

El paciente gradualmente *elabora sobre conflictos* familiares básicos y hace *catarsis* sobre la molestia con la madre por compararlo con la hermana en tema de estudios (le repite constantemente: “aprende a tu hermana, ella si estudia”), percibe rechazo de parte de su madre y preferencia de esta por la hermana. También dice estar fastidiado con la hermana porque no colabora en los quehaceres domésticos, al contrario desordena, y se queja porque “le han dado toda la carga en la casa”. Asevera acceder a realizar todo el quehacer doméstico porque le incomoda la suciedad y el desorden. Finalmente, señala que el padrastro tiene un trato militar con él.

En la sesión el usuario mantiene pensamiento obsesivo, con ideas negativas, y ansiedad relacionados con su dinámica familiar. Llega hacer *introspección* y asume que las prácticas promiscuas, y el consumo de drogas esporádico le sirven a manera de escape a su problemática.

En un *clima de confianza básica* realiza *asociación libre* y reconstruye una pequeña parte de su historia. Manifiesta resentimiento hacia el padre, por el que es abandonado a los cinco años, porque se trasladó a vivir a otra ciudad supuestamente “para trabajar”, pero resultó con el tiempo que tenía otra mujer.

En la sesión los *analistas se convierten en el nuevo objeto transferencial con quien el paciente puede construir una relación humana positiva inédita*. Se sostiene el *buen humor* y el paciente desarrolla un mayor bienestar psíquico. Se utiliza la técnica *de rol-playing para trabajar la expresión de sentimientos y emociones de manera asertiva* del paciente a sus familiares. Se le sugiere cultivar relaciones de amistad (no socializa), tomar precauciones en cuanto a sus conductas riesgosas, prefiriendo la práctica de algún deporte, arte y recreación.

Al final de la sesión se incluye a la madre, se le programa una nueva cita y se le sugiere regresar sola para trabajar historia de vida del paciente y dinámica familiar.

Caso # 4

Es un niño de 11 años cursa tercer grado, ha repetido primero y segundo grado. El motivo de consulta inicial fue dificultades a nivel conductual asociado posiblemente a la muerte del padre hace 4 años. El grupo familiar está compuesto por padrastro, madre y dos

hermanos. Antecedentes de dificultad de enuresis, repetidas expulsiones escolares, y problemas de aprendizaje.

Es consulta de seguimiento, es paciente de varios años. El paciente en primera parte de la consulta es acompañado de padrastro, madre, y hermano. Los padres indican escasos avances en el niño. Refieren que no sigue instrucciones, no concluye trabajos escolares, tiene un bajo rendimiento académico, alto nivel frustración, enojo y agresividad, trasgrediendo las normas.

Durante la sesión la apariencia del paciente es ordenada, y representa la edad declarada. Se aprecia atención concentrada, su expresión facial es de tristeza. Se muestra nervioso, e inquieto. Mantiene su cabeza agachada, parece avergonzado por el informe de sus padres. Su mirada es evasiva y cambiante, su tono de voz es suave y su enunciación poco clara. Su discurso es escaso, se limita a contestar lo que se le pregunta.

En la siguiente parte de la sesión a solas con el paciente se aplica la prueba de Bender. Presenta micrografismo, ansiedad, sobrevaloración, trazo fuerte, inseguridad, separación de páginas, deficiencia en la organización.

Hacia el final de la sesión la madre indica antecedentes de esquizofrenia en la familia. Además revela que cada vez que el niño se enoja se golpea a sí mismo, y pega a las puertas. Se trabajó con el paciente control de impulsos, comunicación asertiva, y con los padres dificultad para establecimiento de límites.

En vista de los resultados de la prueba de Bender se procede a referir al paciente a psiquiatría para valoración. Además se orienta a los padres para buscar apoyo en

psicopedagogía en el Ministerio de Educación para solicitar adecuación curricular para el niño.

Procedimientos e Intervenciones Realizadas

Como parte del trabajo efectuado durante la Práctica Profesional en el Área de Salud de Alajuela Central, se realizaron los siguientes procedimientos e intervenciones:

- Debido a la cantidad de pacientes que se atienden en el departamento de psicología, se asistió en el seguimiento a los procedimientos e intervenciones de los casos previamente agendados, durante el periodo de duración de práctica. Antes de realizar la atención a los pacientes se tuvo acceso a la lectura de los expedientes digitales. Esto permitió tener un conocimiento más amplio sobre la historia clínica del paciente y los procedimientos efectuados con anterioridad.
- Asimismo, en algunos casos se registraron los procedimientos efectuados a los pacientes en sesión psicológica, de acuerdo a los requerimientos del programa de registros clínicos de la C.C.S.S. que incluyen: ficha de identificación, motivo de consulta, examen mental, análisis de la consulta, intervención, diagnóstico, y el plan de seguimiento.
- Además, en conjunto con la supervisora de la práctica, se realizaron entrevistas a los progenitores que acompañan a sus hijos menores de edad a consulta. Las evaluaciones al padre o madre se orientaron a conocer detalles sobre la problemática presentada, la historia de vida, actividades relacionadas con la crianza y la dinámica familiar del menor. En todos los casos que se atendieron, durante la sesión se realizó observación de la interacción, la comunicación verbal y no verbal, las instrucciones,

el nivel de afecto, cuidado y vinculación que se mostraron entre el progenitor y su hijo o hija.

- Las diferentes intervenciones psicoterapéuticas se abordaron bajo el modelo psicoanalítico y algunos casos con el modelo cognitivo conductual. En la mayoría de las consultas se llevó a cabo el siguiente procedimiento: Motivo de consulta, breve examen mental, entrevista libre, aplicación de técnicas (psicoanalítica o cognitiva conductual), se hizo un cierre y se asignaron lecturas, actividades o recomendaciones para realizar en casa y reforzar lo trabajado en sesión.
- Se observó la aplicación y se apoyó en la utilización de estrategias de identificación de síntomas como técnicas de aclaración (preguntas inductivas, sondeo y resumen), y algunas técnicas de conducción (continuación, hacer eco, redirigir, y transiciones). Además estrategias para manejar las resistencias (expresión de aprobación, confrontación, y exageración). Y estrategias para manejar defensas (pasar de largo, tranquilizar, e interpretaciones).
- Se apoyó en la aplicación de pruebas Bender a varios niños y en al menos dos casos se presentaron dificultades visomotoras y test proyectivos como figura humana, donde se observaron dificultades de autoimagen.
- También se asistió en sesiones psicoeducativas individuales a pacientes referidos por el médico de familia, con la finalidad de revisar los resultados de las pruebas de tamizaje para adolescentes que efectúa la C.C.S.S. en materia de prevención en escuelas y colegios del área (ver apéndice). Se abordaron problemáticas de riesgo como: suicidio, ingesta de drogas, promiscuidad sexual entre otros.

- Se realizó un proceso psicoeducativo grupal (taller) para mujeres embarazadas y sus parejas. Donde se les brindó por medio de la Arteterapia, una herramienta para expresar sentimientos y emociones y a la vez transformar sus experiencias en consecuencias positivas para el bebé en gestación y ayudarles a crear un vínculo (apego) positivo con su hijo o hija, (ver apéndice 4).

Alcances y limitaciones de la Práctica

Alcances

- Se brindó apoyo como asistente de psicoterapia a la supervisora en el departamento de psicología a más de cien pacientes en el abordaje de diversos casos que presentaban problemáticas como: trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad); ataques de pánico; procesos de duelo; trastornos del sueño; dificultades con el manejo del estrés, las emociones e impulsividad; conductas disruptivas y autolesivas en niños y adolescentes; trastornos alimenticios como anorexia y bulimia; trastorno de conversión; problemas de crianza, apego inseguro y dependencia emocional, etc.
- El área de Salud de Alajuela se centra en la prevención y promoción de la salud, por lo que ha venido realizando talleres de instrucción a los usuarios y sus familiares. Ante esto, se trabajó en la asistencia, elaboración y planificación de un taller dirigido a mujeres embarazadas y sus parejas al que asistieron 25 personas. En dicho taller, se proporcionó información para entender la maternidad y a la vez conocer y prevenir la depresión post parto.
- Se enriquecieron ampliamente los conocimientos de la psicología clínica que posee el practicante, a través del servicio brindado en el departamento de psicología. Se

fortaleció el interés genuino en el paciente y la aceptación del mismo. Además se vigorizaron habilidades del terapeuta tales como: escucha activa, observación, brindar apoyo sin implicación emocional, autenticidad y humor entre otros.

- Fue posible involucrarse en un grupo multidisciplinario conformado por un médico de familia, un trabajador social y un psicólogo, para valorar el caso de un niño referido por presentar características propias del espectro autista. La sesión consistió en la aplicación del Denver II (ver apéndice 8), la entrevista a la madre, observación al paciente y se finalizó con el análisis de los profesionales donde se concluyó mantener el caso en estudio por la edad del paciente (2 ½ años).
- Se participó como oyente en reuniones de distintas comisiones del Área de Salud. Una de estas reuniones fue con el Departamento de Recursos Humanos donde los servicios del psicólogo son requeridos para selección de personal en la realización de pruebas psicológicas a los postulantes a plazas vacantes. Durante la reunión se hizo una devolución a la comisión de los resultados de los test aplicados.

Limitaciones

- No se contó con un salón disponible para realizar los talleres psicoeducativos. En el edificio donde se ubica el Área de Salud de Alajuela Central solo existe un salón adecuado para usos varios de todas las jefaturas del Área de Salud, en el que fue difícil encontrar una fecha disponible favorable para ser utilizado, que coincidiera con las fechas propuestas para la realización de los talleres.
- No fue posible realizar dos talleres programados con temáticas de crianza, ansiedad, depresión y suicidio. Aun cuando habían sido planificados y elaborados fueron suspendidos debido a que no se contó con la asistencia de los participantes. Los

usuarios fueron contactados y citados con antelación pero no se hicieron presentes por motivos varios.

- No se realizó un cuarto taller que estaba preparado y programado para padres de familia sobre prevención en el consumo de drogas y alcohol, en una población en riesgo. Dicho taller se realizaría en la escuela “California” donde el Área de Salud de Alajuela Central brinda apoyo en materia de prevención y promoción de la Salud. Los motivos fueron los posibles riesgos que se corren por entrar a la zona y el practicante no posee el respaldo de un seguro en caso de presentarse cualquier eventualidad.
- El Área de Salud de Alajuela Central no cuenta con un presupuesto económico para brindar ayuda monetaria (viáticos) a los estudiantes que puedan realizar sus prácticas profesionales. Ante esta situación, es válido mencionar que los recursos económicos con que se contó para realizar la práctica profesional supervisada, fueron debidamente limitados para que pudieran cubrir los meses de práctica.

Conclusiones

- En vista de la gran demanda del servicio de psicología en el Área de Salud de Alajuela Central, se requiere de más personal para brindar un mejor servicio, ya que no es posible llevar adelante de manera efectiva algunos procesos cuando las citas son tan espaciadas, y se cuenta con una sola profesional en psicología desempeñando múltiples funciones.
- Es muy importante hacer accesible la psicología a los que por limitaciones económicas no les es posible costear un tratamiento. Hay personas verdaderamente necesitadas de los servicios que no pueden continuar sus procesos terapéuticos por no tener la cobertura del seguro social por pérdida de empleo o no tener quien los asegure.
- Es innegable la escalada de problemáticas psicológicas en niños y adolescentes. Es lamentable que muchos de ellos no fueron deseados, y que algunos progenitores piensan que tenerlos en casa es sinónimo de cargas, problemas e infinitas cosas que hacer. Por otro lado, algunos padres muestran abierta indiferencia, apatía y poca comprensión hacia sus hijos y a la ayuda que se les ofrece desde el departamento de psicología. Incluso en sesiones de terapia se limitan a acusar, juzgar y criticar a sus hijos frente a los profesionales por las problemáticas que estos presentan. Toda esta realidad dificulta el progreso de los pacientes menores de edad y precipita la aparición de trastornos y enfermedades mentales.
- El modelo psicodinámico utilizado en la mayoría de intervenciones psicológicas en el área de Salud de Alajuela Central es un proceso complejo. Es sabido que este modelo es casi siempre largo y puede prolongarse durante años. Lo que implica

pocos avances y una lenta recuperación en el paciente. Además es la forma de terapia más costosa por su duración y amplia preparación del psicoanalista. Por otro lado cuenta con un alto nivel de dependencia hacia el terapeuta. Finalmente con frecuencia se cuestiona su funcionalidad para todo tipo de padecimientos mentales y su bajo respaldo científico.

Recomendaciones

1. Siendo que en la actualidad se cuenta con un amplio catálogo de modelos de psicoterapias que han demostrado ser eficaces en el tratamiento específico de ciertas problemáticas, se recomienda que en el área de Salud de Alajuela Central se haga uso de la terapia con el enfoque que beneficiará el progreso del paciente a la mayor brevedad posible.
2. En las últimas décadas, han aparecido nuevas escuelas psicoterapéuticas como la psicoterapia espiritual, que aunque en el pasado, la comunidad científica la desechaba, ahora, investigaciones han demostrado su efectividad en la cura de problemas relacionados a la ansiedad, depresión y manejo del dolor. En vista que diversos pacientes que pasan por consulta psicológica en esta Área de salud sufren de estos padecimientos e integran la religión y la espiritualidad en su vivencia, se recomienda que en los casos que lo ameriten y los pacientes así lo permitan, se involucren medidas terapéuticas como: la confianza en un Ser Supremo, el perdón, la oración, la meditación, la esperanza y otras formas de acción espiritual.
3. Se recomienda mostrar un interés genuino y apoyo completo a los pacientes que asisten a consulta. Que se les faciliten las cosas sin ceder a manipulaciones, y en la

medida de lo posible se corra una milla más procurando su bienestar. Que se le haga sentir persona, sin crear dependencia y se les atienda con dignidad y respeto.

4. Se recomienda el uso y aplicación de una mayor diversidad de pruebas psicológicas estandarizadas que respalden los diagnósticos clínicos. Que se soliciten fondos a la administración para la compra de dichas pruebas, el mobiliario adecuado para su aplicación y material lúdico para los niños que son el mayor número de pacientes que se atienden en consulta.
5. Se sugiere que los casos atendidos en consulta psicológica en el Área de Salud de Alajuela Central que no serán remitidos al nivel dos de atención psicológica (de acuerdo al orden preestablecido por C.C.S.S) ni a psiquiatría, se clasifiquen de acuerdo al nivel de urgencia y complejidad (casos de duelo, riesgo suicida entre otros) para darle prioridad en la atención a la mayor brevedad posible al menos cada 15 días, y así la continuidad del proceso avance con mayor rapidez, efectividad y se pueda prevenir una eventual complicación.
6. Se recomienda la contratación de al menos un profesional más en el departamento de psicología, para que brinde el apoyo necesario en atención a pacientes, siendo que la demanda es abrumadora, y también colabore con las múltiples exigencias en asuntos administrativos, de promoción y prevención de la salud mental dentro y fuera del Área de Salud.
7. Se recomienda al nivel administrativo brindar mayor apoyo al departamento de psicología para facilitar el uso de salón, mobiliario y equipo audiovisual para el desarrollo de los talleres psicoeducativos.

8. La organización de talleres y capacitaciones dirigidos a los usuarios, especialmente a los progenitores o cuidadores de las personas menores de edad, constituye un punto fundamental en materia de prevención y promoción de la salud, que debe constituirse prioridad para el trabajo que realiza el departamento de psicología del Área de Salud Alajuela Central. Por lo que se recomienda dar mayor publicidad a estos procesos psicoeducativos, brindándoles mayor información a los usuarios con suficiente tiempo de antelación sobre las temáticas a desarrollarse, las fechas y buscar la confirmación de la asistencia.
9. De igual modo se recomienda la creación de material audiovisual informativo (brochures, videos en redes sociales) referente a las problemáticas más comunes que se atienden en consulta, que ayuden a los usuarios en materia de identificación, prevención y promoción de la salud mental.
10. Se recomienda a los padres y cuidadores un mayor nivel de compromiso al asistir a los talleres psicoeducativos donde se procura brindarles herramientas que les ayudarán a mantener una relación más cercana y afectiva con los niños y adolescentes, y el establecimiento de límites claros, ya que su valorización positiva y reconocimiento los motivarán a mejorar las conductas disruptivas, a seguir instrucciones y normas.
11. Además, se recomienda a la Escuela de Psicología de la Universidad Adventista de Centro América (UNADECA), ofrecer cursos de capacitación extracurriculares o incluir alguna materia dentro del plan de estudios de la carrera, relacionados con intervenciones clínicas a menores de edad, con el objetivo de construir a partir de

las y los futuros profesionales en el área de la psicología una cultura promotora de procesos clínicos y psicosociales efectivos a esta población.

12. De igual modo, se recomienda establecer un convenio de cooperación entre la Escuela de Psicología de la UNADECA y el Área de Salud de Alajuela Central, para que los estudiantes de la carrera de psicología puedan realizar observación clínica en clases que lo requieran, además apoyen como asistentes de psicoterapia en los procesos de intervención a pacientes a lo largo del cuatrimestre, a fin de desarrollar habilidades terapéuticas y adquirir experiencia en materia de análisis, búsqueda y construcción de alternativas de apoyo.
13. Finalmente, se recomienda que sea la Escuela de Psicología de la Universidad Adventista de Centro América, quien busque y haga los convenios con las instituciones en las cuales lo estudiantes realizarán sus Prácticas Profesionales Supervisadas para que se garantice se cumpla a cabalidad el objetivo de la misma, ya que al dejarlo en responsabilidad del alumno, éste no controla los cambios y condiciones de las instituciones.

Referencias

- Aguilera, M. M. (9 de octubre de 2013). *Prezi.com*. Obtenido de <https://prezi.com/13g2ochrhnb4/taller-estilos-de-crianza-y-sus-efectos-en-la-educacion-de-l/>
- Anariva, R. (23 de Noviembre de 2010). *www.sanitas.es*. Obtenido de <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/mi-embarazo/trastornos-sueno-embarazo.html>
- APA. (2013). Obtenido de <http://www.apa.org/divisions/div12/aboutcp.html>
- APA. (2013). *American Psychological Association*. Obtenido de <http://www.apa.org/divisions/div12/aboutcp.html>
- APA. (14 de enero de 2017). *American Psychological Association*. Obtenido de APA.org: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/violencia.aspx>
- Asamblea Legislativa. (1973). La Ley General de Salud.
- Bilbao, O. (13 de mayo de 2015). Obtenido de <http://www.psicologos-granvia.com/articulos/depresion-postparto>
- Bueno, S. M. (2007). Papeles del psicologo Vol.28. *Papeles del Psicologo*, 21-28.
- Cajal, A. (17 de Noviembre de 2011). *lifeder.com*. Obtenido de <https://www.lifeder.com/deberes-ninos-en-hogar/>
- Clínica., A. E. (2013). Obtenido de <http://www.apa.org/about/division/div12/aboutcp.html>
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorias de la personalidad*. Edo. de Mexico: Pearson Educacion .

Coggiola, S. (2010). *Intervención en crisis. Curso de formación de terapeutas gestalt.*

Obtenido de

<http://www.itgestalt.com/cms/system/files/private/Intervencion%20en%20crisis.pdf>

Domínguez, Ó. (2010). *¿Qué es y en qué consiste la intervención psicológica?* Obtenido de

<http://www.monografias.com/trabajos88/que-es-y-que-consiste-intervencionpsicosocial/que-es-y-que-consiste-intervencion-psicosocial.shtml#ixzz3Efs2gm6c>

Drugs. (2 de Junio de 2017). *Drugs.com.* Obtenido de

https://www.drugs.com/cg_esp/prevenci%C3%B3n-del-suicidio-en-los-ni%C3%B1os-y-adultos-j%C3%B3venes.html

Elia, J. (26 de Mayo de 2017). *Manual Merck.* Obtenido de

<http://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/salud-infantil/trastornos-de-la-salud-mental-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/comportamiento-suicida-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>

Fernández. (2010). *Terapias de crisis.* Madrid: Magisterio.

Frías, D. (1994). Autoestima y Depresion en los Niños. *Rev. Psicología Aplicada*, 471-476.

Obtenido de file:///C:/Users/atamo/Downloads/Dialnet-AutoestimaYDepresionEnNinos-2385363.pdf

Gorka Moreno Arnedillo. (2013). *Guia para Familias.* Mexico: Gobierno de Navarra.

- Gullamon, N. (27 de agosto de 2004). *Clinica de Ansiedad*. Obtenido de <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/prevencion-de-la-ansiedad/educando-a-los-ninos-para-prevenir-la-ansiedad/>
- ISEP. (Noviembre de 2003). *www.lasdrogas.info*. Obtenido de <http://www.lasdrogas.info/opiniones/127/el papel-del-psicologo-ante-casos-dedrogodependencias.html>
- Kawulich, B. (2006). *La observación participante como método de recolección de datos*. . Obtenido de <http://www.qualitativresearch.net/index.php/fqs/article/view/>
- kids, A. O. (21 de Mayo de 2016). *FAROS*. Obtenido de <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/ninos-ansiedad-cuando-no-solo-cuestion-nervios>
- Leal, E. S. (2015). Taller de Arteterapia para embarazadas. *Mamas que Miman*, 1-2.
- Leon, C. d. (15 de Julio de 2014). *Slideshare.net*. Obtenido de <https://www.slideshare.net/abrilsofia/estilos-de-crianza-37018941>
- López, V. F. (7 de Junio de 2017). *webconsultas*. Obtenido de Revista de Salud y Bienestar: <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/familia-y-pareja/depresion-infantil-12305>
- Martín, A. R. (5 de febrero de 2010). *lifeder.com*. Obtenido de Licenciado en Psicología y Máster en RRHH. Fundador de Lifeder.com: <https://www.lifeder.com/como-saber-si-tenes-depresion/>
- Maya, A. B. (2010). Psicoterapia Gestalt. En A. B. Maya, *Gestalt para la ansiedad* (págs. 53-96). Mexico: Alfaomega.

Mejía, k. (5 de diciembre de 2016). *definicion.mx*. Obtenido de

<https://definicion.mx/maternidad/>

Mengual, E. (21 de Octubre de 2015). *El Mundo*. Obtenido de

<http://www.elmundo.es/sociedad/2015/10/21/562699ac46163f44188b45d5.html>

Merino, J. P. (12 de Diciembre de 2012). *definicion.de*. Obtenido de

<http://definicion.de/familia/>

Montejo, F. J. (2009). Obtenido de *El Psicoanálisis 1919-1933: consolidación, expansión e*

institucionalización: <http://eprints.ucm.es/9764/>

Naciones Unidas. (2004). *Oficina contra la Droga y el Delito*. New York: Naciones

Unidas.

NIDA. (24 de noviembre de 2014). *www.drugabuse.gov*. Obtenido de

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/prevencion-del-abuso-de-drogas-la-mejor-estrategia>

OMS. (7 de Abril de 2017). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de

<http://www.who.int/topics/depression/es/>

ONG, i. (17 de Mayo de 2017). *Humanium*. Obtenido de

<http://www.humanium.org/es/suicidio-infantil/>

Papalia, F. (2012 Duodécima edición). *Niñez Media*. En R. F. Diane E. Papalia, *Desarrollo*

Humano (págs. 282-322). Mexico: McGRAW HILL education.

- Pereyra, D. M. (2008). *Decida ser Feliz Cómo prevenir y superar la angustia, la ansiedad y la depresion*. Florida: APIA.
- Pinglo, M. E. (4 de Junio de 2014). *slideshare.net*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/mariaelenapinglorodriguez7/estilos-de-crianza-35500916>
- Prendes, L. (22 de abril de 2013). Obtenido de <http://www.psicologiaprendes.com/depresion-post-parto-4/>
- Real Academia Española*. (2014). Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=psicolog%C3%ADa>
- Redondo, M. J. (16 de enero de 2000). *Fundacion Belén*. Obtenido de <http://fundacionbelen.org/familias/comunicacion-efectiva-entre-padres-hijos/>
- Reina-Valera. (1960). Santa Biblia. En Reina-Valera, *Santa Biblia* (pág. 816). Brasil: Sociedades Biblicas Unidas. Obtenido de <http://www.amen-amen.net/RV1960/>
- Sanjúan, L. D. (2011). *La observacion Textos de apoyo didactico* . Obtenido de Facultad de Psicología UNAM: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf
- Saviñón, R. D. (12 de febrero de 2010). *Faromundi.org.do*. Obtenido de <http://www.faromundi.org.do/2010/02/comunicacion-afectiva-y-efectiva-entre-padres-e-hijos-adolescentes/>
- Tomas, U. (2011). Mecanismos de defensa-Anna Freud. *El psicoasesor*.

Torres, J. L. (2014). *Servicios: Talleres psicoeducativos. Espacio psicoeducativo*. Obtenido de <http://psicoeducativo.cl/servicios-talleres-psicoeducativos.htm>

Vainer, A. (Marzo de 2008). *Las Resistencias en el análisis*. Obtenido de TopiA: <https://www.topia.com.ar/articulos/las-resistencias-en-el-an%C3%A1lisis>

Vázquez, E. D. (1 de Mayo de 2016). *Lifeder.com*. Obtenido de <https://www.lifeder.com/estilos-crianza/>

Vega, A. (31 de Mayo de 2013). *estudiarpsicologia.com*. Obtenido de <http://www.estudiarpsicologia.com/problemas-familiares-mala-relacion-entre-padres-e-hijos/>

Vidal, M. (2011). *Concepto y definición de la entrevista psicológica*. Obtenido de <http://reeducacion.com/definicion-entrevista.aspx>

Vindas, Villalobos, y Cubillo . (2012). *Oferta de Servicios de Psicología*. San Jose: C.C.S.S.

White, E. (1957). *Concejos para Maestros*. Medellín, Colombia: Asociacion Publicadora Interamericana.

Apéndice

Apéndice 1



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Centro: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario debe ser completado por todo funcionario de la CCSS antes de desarrollar cualquiera de las actividades sujetas de consentimiento informado por parte de los usuarios de los servicios de salud que brinda la Institución, de conformidad con Artículo 75, Inciso b) del Reglamento del Seguro de Salud; el Artículo 40 del Reglamento del Expediente de Salud y las demás normas adyacentes a la materia.

El suscrito (a), _____, en mi condición de usuario, padre o madre, tutor, apoderado legal de _____, doy mi consentimiento informado para que:

I. AUTORIZACION PARA PROCEDIMIENTOS O PROGRAMAS

1. Se practique por parte del personal autorizado del centro de salud, los procedimientos o programas que a continuación se detallan:

- | | |
|-----------|------------|
| 1.1 _____ | 1.2 _____ |
| 1.3 _____ | 1.4 _____ |
| 1.5 _____ | 1.6 _____ |
| 1.7 _____ | 1.8 _____ |
| 1.9 _____ | 1.10 _____ |

II. AUTORIZACION PARA PARTICIPACION DE ESTUDIANTES

2. Los estudiantes cubiertos por el Reglamento para la Actividad Clínica Docente de la CCSS, claramente identificados y en compañía de tutor, puedan participar en los exámenes y procedimientos que le sean realizados al usuario de los servicios de salud institucionales, con excepción de _____; todo, bajo la supervisión del docente encargado.

Por tanto, hago constar que de previo a la firma de este consentimiento informado, se han cumplido las siguientes condiciones:

III. CONDICIONES DEL CONSENTIMIENTO

- 1. Recibí información sencilla y completa por parte de _____, quien manifiesta ser funcionario calificado del centro de salud. En ésta, se me proporcionó información suficiente y comprensible sobre los beneficios y riesgos relacionados con las actividades consentidas.
- 2. Se me ha leído y explicado en forma completa el contenido de este documento, aclarando a la vez, todas mis dudas a satisfacción.

Aclaro, eso sí, que durante mi atención podré cambiar de opinión y cancelar la presente autorización, de lo cual se dejará constancia escrita en el expediente, sin que ello signifique que se me negará los restantes servicios de salud.

IV. FIRMAS DEL FUNCIONARIO Y DEL USUARIO

Nombre y cargo del funcionario que solicita Consentimiento Informado	Cédula o identificación	Firma
Nombre del usuario o responsable	Cédula o identificación	Firma o huella digital

Si quien otorga el consentimiento informado no pudiese firmar, deberá imprimir su huella digital y aportar dos testigos (as) que no trabajen para la CGSS y hablen su mismo idioma, quienes deben firmar la siguiente declaración:

V. FIRMA DE LOS TESTIGOS

Nosotros (as) los(as) abajo firmantes, damos fe de que quien otorga este Consentimiento Informado ha impreso su huella digital en señal de aceptación de lo anteriormente indicado, en nuestra presencia.

Nombre completo del testigo 1	Cédula o identificación	Firma	Fecha
Nombre completo del testigo 2	Cédula o identificación	Firma	Fecha

Si se requiriese practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán de utilizar formularios adicionales e incorporarlos al Expediente de Salud.

Apéndice 2



Caja Costarricense de Seguro Social

1. Riesgo excluido	2. Criterio de priorización	
	Accidente	Urgencias
<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Cons. Externa	<input type="radio"/> Rojo
<input type="radio"/> Taurino	<input type="radio"/> A cupo	<input type="radio"/> Amarillo
<input type="radio"/> Tránsito		<input type="radio"/> Verde

3. REFERENCIA CONTRA-REFERENCIA

I. Paciente

4. Nombre		5. Fecha de nacimiento	
6. Sexo <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Femenino		7. Tipo de identificación <input type="radio"/> 1. Cédula identidad Reg. Civil <input type="radio"/> 2. Identificación temporal Interno <input type="radio"/> 3. Extranjero con identificación CCSS	
8. Número de identificación		9. Tipo de consulta <input type="radio"/> 1. Consulta presencial <input type="radio"/> 2. Teleconsulta	
10. Residencia habitual: (Provincia) (Cantón)		(Distrito)	
11. Dirección exacta:			
12. Número de teléfono del paciente		13. Número de teléfono para mensajes y nombre de la persona con quien dejarlo	
14. Nombre de la madre		15. Nombre del padre	

II. Centro que refiere o contra-refiere

16. Nombre del centro		17. Área de atención <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización	
18. Servicio <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> 8. Otro		19. Especialidad o disciplina	
20. Nombre del profesional		22. Número de teléfono y extensión del profesional	
21. Código			

III. Centro al que se refiere o contra-refiere

23. Nombre del centro		24. Área de atención <input type="radio"/> 1. Consulta Externa <input type="radio"/> 2. Urgencias <input type="radio"/> 3. Hospitalización	
25. Servicio <input type="radio"/> 1. Medicina <input type="radio"/> 2. Cirugía <input type="radio"/> 3. Gineco-Obstetricia <input type="radio"/> 4. Pediatría <input type="radio"/> 7. Psiquiatría <input type="radio"/> 8. Otro		26. Especialidad o disciplina	
27. Nombre funcionario de REDES responsable de completar el formulario			

IV. Cita

28. Cita recomendada Hora: _____ Día: _____		28.1 Justificación: 2. <input type="radio"/> Cita Múltiple 4. <input type="radio"/> Institucional 6. <input type="radio"/> Otra		29. Cita otorgada Hora: _____ Fecha: _____	
30. Especialidad		31. Nombre funcionario de REDES que asignó la cita		32. Fecha de trámite	

Apéndice 3



Caja Costarricense de Seguro Social
 Programa Atención Integral a la Adolescencia
 Centro:

INSTRUMENTO DE TAMIZAJE PARA ADOLESCENTES

Llenar por todas y todos los adolescentes

Nombre		Número de Expediente	
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo Masculino Femenino	
Domicilio			

Estimado(a) adolescente:

El Programa Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, busca ayudarte a crecer en todos los aspectos de tu vida.

Para ello, creemos que es muy importante que todas las y los adolescentes reflexionen sobre su salud, y en caso de algún problema, puedas ser atendido(a) en el momento que lo requieras.

Contesta todas las preguntas que presentamos a continuación, marcando con una (x) el cuadrado contiguo a la respuesta que consideras se aplica mejor a tu situación. Tus respuestas serán **confidenciales** y solo serán vistas por el personal de salud que va a brindarte la ayuda que puedas necesitar. No permitas que nadie más observe o te sugieran las respuestas, si alguien está cerca por favor aléjate hasta que estés seguro(a) de que nadie verá tus respuestas.

Agradecemos tu confianza e interés.

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS, MALAS, CORRECTAS O INCORRECTAS. TODAS SON IMPORTANTES

<p>1. Te dedicas a:</p> <p><i>Solo estudiar</i> <i>Estudiar y trabajar</i> <i>Trabajar recibiendo salario o pago por tu trabajo</i> <i>Trabajar en tu hogar</i> <i>Estás desocupado</i></p>	<p>2. Tus relaciones familiares son:</p> <p><i>Buenas</i> <i>Regulares</i> <i>Malas</i></p>
<p>3. ¿Has perdido alguna vez un año de escuela o colegio?</p> <p><i>No</i> <i>Si, un año solamente</i> <i>Si, dos años o más</i></p>	<p>4. ¿Con qué frecuencia hablas de tus problemas o dudas con tus familiares cercanos?</p> <p><i>Siempre</i> <i>A veces</i> <i>Casi nunca</i> <i>Nunca</i></p>
<p>5. ¿Tienes algún amigo(a) con quién podás hablar de tus problemas, inquietudes o preocupaciones?</p> <p><i>Si</i> <i>No</i></p>	<p>6. ¿Te has sentido deprimido frecuentemente durante el último mes?</p> <p><i>Si</i> <i>A veces</i> <i>Casi nunca</i> <i>Nunca</i></p>

7. ¿Has tenido deseos de morirte, hacerte daño o malarte durante los últimos doce meses? Sí No	8. ¿Has intentado suicidarte alguna vez? Sí No
9. ¿Has fumado al menos un cigarrillo diario durante los últimos tres meses? Sí No	10. ¿Te has emborrachado, aunque sea una vez durante los últimos seis meses (3 o más cervezas o tragos pequeños)? Sí No
11. ¿Has probado otras drogas como marihuana, crack (piedra), cocaína, pastillas estimulantes u otras drogas inhalantes? Sí No	12. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales (tocamientos, penetración anal, penetración vaginal, sexo oral)? Sí No (Si marca No pase a la pregunta 16)
13. Durante los pasados seis meses ¿Con cuantas personas has tenido relaciones sexuales? 1 persona solamente 2 personas 3 ó más personas	14. En todas las relaciones sexuales que has tenido. ¿Vos o tu pareja usaron condón? Sí No
15. ¿Has tenido relaciones sexuales a cambio de dinero, comida, ropa, droga, etc? Sí No	16. ¿Te han obligado a realizar actos sexuales (desnudarse ante otras personas, ver personas desnudas, ver películas porno-gráficas) o tener relaciones sexuales? Sí No
17. En los últimos seis meses ¿Te has provocado vómito en repetidas ocasiones o has evitado comer por varios días por miedo a engordar? Sí No	18. En los últimos 12 meses ¿Has participado en una pelea con golpes? Sí No
19. ¿Has usado alguna vez un arma (pistola, puñales, tijeras, piedras, palos, etc.) para amenazar o agredir a alguna persona? Sí No	20. ¿Has conducido una moto o auto después de ingerir licor o habiendo consumido drogas? Sí No

GRACIAS NUEVAMENTE POR TU CONFIANZA Y COLABORACION

Total de puntos

Calificación

Aplicado por:

Este formulario debe incorporarse al Expediente de Salud

Apéndice 4

Estrategias metodológicas a utilizar

Recursos- tiempos

Nombre de Taller	Objetivo del taller	Estrategia Psicológica	Actividad	Objetivos de actividades	Recursos	Temporalización	Cronograma	Indicadores de Evaluación
Maternidad	<p>1. Proporcionar herramientas para futuras madres a entender cada proceso de la maternidad y a su vez conocer y prevenir una depresión post parto.</p> <p>2. Brindarles a través de la expresión artística una herramienta para expresar y transformar sus experiencias en consecuencias positivas para el bebé en gestación.</p> <p>Asimismo, ayudarles a crear un vínculo (apego) positivo con su hijo (a).</p>	<p>Arteterapia: puede ayudar a la mujer dando la posibilidad de ser creativa y creadora. Y le permite la oportunidad de trabajar los posibles miedos, dudas o creencias, a través de un proceso creativo.</p> <p>Herramientas de la Gestalt: sus herramientas tales como el aquí y el ahora. Ya que proporciona a vivir un día a la vez</p>	<p>Creando el primer cuadro para el cuarto del bebé: cada mujer recibirá un dibujo que deberá decorar con todos los materiales que se le darán y luego expondrá ante los demás que sentimientos experimentó mientras lo realizaba.</p> <p>La Novela de mi vida: Cada madre escribirá la historia de su vida, lo más auténtica posible. Se dan algunas pautas para su elaboración: Defínese a sí mismas dos cualidades, dos defectos, aficiones; qué tiene proyectado para el futuro; qué aspectos le preocupan en su vida referente a la maternidad</p>	<p>1. Darle la oportunidad de crear un vínculo positivo entre él bebe y su madre a través de la expresión artística.</p> <p>2. Ofrecer elementos para que las madres descubran la importancia de conocer todos los aspectos de su vida y su rol de futuras madres.</p>	<p>Vídeo proyector, extensión, parlantes, lapiceros, dibujos impresos, papel de color, colores, carton, entre otros.</p>	120 minutos	4/8/2017	<p>A. Permitirles exponer frente al grupo su experiencia vivida a través de la expresión artística.</p> <p>B: Retroalimentación: Reforzar lo aprendido e informar sobre alguna duda que se les presente verificando el impacto que se genera en las madres.</p>

Apéndice 5

Estrategias metodológicas a utilizar

Recursos- tiempos

Nombre de Taller	Objetivo del taller	Estrategia Psicológica	Actividad	Objetivos de actividades	Recursos	Temporalización	Cronograma	Indicadores de Evaluación
Estilos de crianza, Educar en Familia y Comunicación efectiva	1. Conocer el manejo del tema que tienen los padres y brindarles mayor información para mejorar sus estilos de crianza. 2. Brindar pautas sobre el estilo de crianza adecuado con la finalidad de que sus hijos obtengan una formación óptima que les permita lograr el objetivo que se planteen en la vida. 3. Dar a conocer la educación como tarea fundamental de la familia, su valor en el momento actual y la necesidad de dedicar el tiempo necesario para capacitarse en la maravillosa tarea de ser educadores de sus hijos.	Técnicas de intervención Psicológica: Asertividad: La conducta asertiva implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar. Actividades gratificantes: Todas aquellas actividades que produzcan efectos placenteros o de aumento del estado de ánimo a las personas.	1. Laberinto: El grupo se divide en dos partes, se selecciona un participante se le venda los ojos y actúa como ciego, un grupo tratará de orientar y guiar al padre vendado para que no tropiece, mientras que el otro grupo hará lo contrario lo llevará al camino con tropiezos. 2. Vídeos: se proyectarán dos videos cortos, uno de estilos de crianza y otro de disciplina positiva en donde enfatiza el mundo infantil y el adecuado apoyo a su desarrollo. 3. Identificando características de los diferentes estilos de crianza. Se pondrán letreros con los 4 estilos de crianza y los padres recibirán una serie de características que colocarán bajo el título que consideraran correspondiente.	1. Saber guiar y orientar a los hijos, para que no tropiecen utilizando el estilo de crianza adecuado. 2. Ofrecer elementos para que los padres descubran y enfatizan la importancia de conocer todos los aspectos de la vida de sus hijos. 3. Descubrir la importancia del dialogo en el proceso de acercamiento y comprensión mutua entre padres e hijos.	Video proyector, extensión, parlantes, pánfuelos, letreros, hojas de trabajo entre otros.	90 minutos	14/8/2017	A. Retroalimentación: Reforzar lo aprendido e informar sobre alguna duda que se les presente verificando el impacío que se genera en los padres de familia.

Apéndice 6

Estrategias metodológicas a utilizar
 Recursos- tiempos

Nombre de Taller	Objetivo del taller	Estrategia Psicológica	Actividad	Objetivos de actividades	Recursos	Temporalización	Cronograma	Indicadores de Evaluación
Depresión, Ansiedad y Suicidio	1. Impartir el tema de interés a padres con hijos en riesgo para prevenir y empoderar estos hogares dándole herramientas sanas y adecuadas. 2. Establecer un clima de confianza entre los padres de familia. 3. Conocer cuánto conocen del tema y brindarles mayor información para mejorar el núcleo familiar y a su vez prevenir en su hijo este suceso.	Herramientas de la Gestalt: siendo un movimiento para cerrar círculos y abordar el pasado es por ello la necesidad de sus herramientas tales como el darse cuenta y el aquí y el ahora.	1. Riso terapia: se hará unos ejercicios para estimular las sonrisas. 2. Se proyectará un video para consentizar y estimular la unión familiar. 3. Reflexología: los padres tendrán 4 lápices vía de sus hijos; es muestra de colores; y una hoja con un dibujo sin color, ellos le darán color a su pagina.	1. Combatir la depresión con ejercicios de risa y mejorar el sistema inmunológico. 2. Llevar al padre a darse cuenta, de la realidad y la responsabilidad en el hogar. 3. El suicidio es una amenaza, darle un poco de color a la vida de sus hijos; es muestra de responsabilidad.	Video proyector, extensión, parlantes, lapices de colores, entre otros.	120 minutos	14/8/2017	A. Retroalimentación: se hará pequeñas preguntas para evaluar su retención. B. Evacuación de dudas.

Apéndice 7

Estrategias metodológicas a utilizar
 Recursos- tiempos

Nombre de Taller	Objetivo del taller	Actividad	Objetivos de actividades	Recursos	Temporalización	Cronograma	Indicadores de Evaluación
Prevención de drogas y alcohol	1. Dar a conocer la educación como tarea fundamental de la familia, su valor en el momento actual y la necesidad de dedicar el tiempo necesario para capacitarse en la maravillosa tarea de ser educadores de sus hijos. 2. Concientizar a los padres sobre la necesidad de desarrollar en los hijos la autonomía para que puedan llegar a ser personas libres y responsables.	Herramientas para tu vida: la actividad consiste en dar objetos que estarán en una bolsa negra, se escojen 2 personas del grupo, los participantes tendrán que contar una historia inventada, durante su historia el coordinador les dará un objeto (papel higiénico, peines entre otros) y deberán incluirlo en su historia.	Concientizar en los padres que en nuestra vida tenemos herramientas, obstáculos que se presentarán pero la forma de como las utilizemos sera clave para el bienestar de su familia, hogar y vida.	Video proyector, extension, parlantes entre otros.	120 minutos	4/9/2017	A. Retroalimentación: Reforzar lo aprendido e informar sobre alguna duda que se les presente verificando el impacto que se genera en los padresde familia.

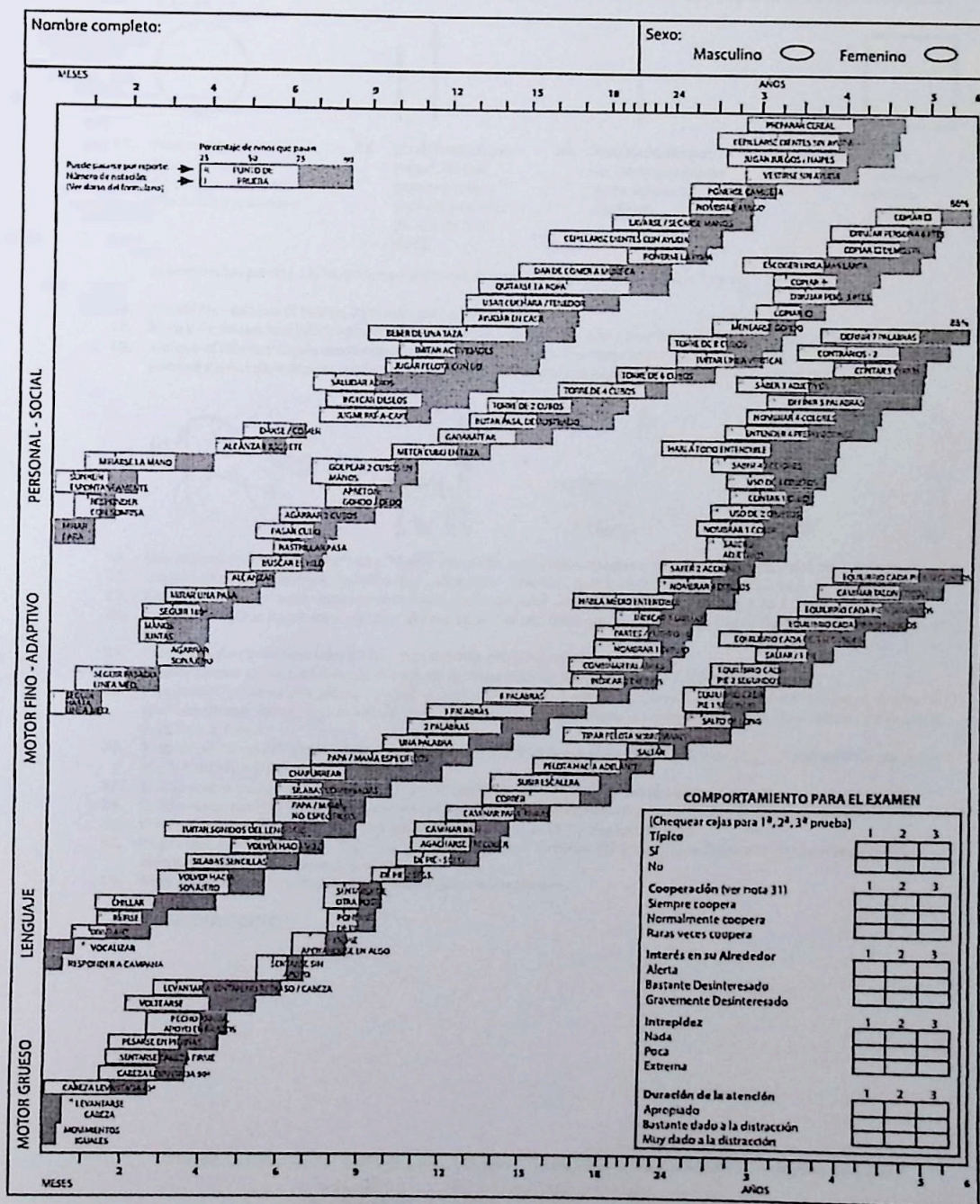
Apéndice 8



Caja Costarricense de Seguro Social
 Centro:

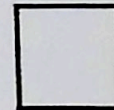
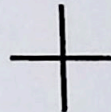
Número de Expediente

DENVER II



INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN

1. Intente animarle al niño a sonreír por sonreírle, hablarle, o saludarle con la mano. No lo / la toque.
2. El niño debe fijar la vista por varios segundos.
3. El guardián puede gular el cepillo de dientes y aplicar la pasta.
4. El niño no tiene que poder lazar los zapatos ni abotonar / subir el cierre de atrás.
5. Mueva el estambre lentamente en un arco desde un lado a otro, aproximadamente 8" arriba de la cara del niño.
6. Pase si el niño agarra el sonajero cuando le toca los puntos o dorsos de los dedos.
7. Pase si el niño intenta ver adónde fue el estambre. Se debe dejar caer el estambre rápidamente de la vista, de la mano del examinador y sin cualquier movimiento del brazo.
8. El niño debe pasar el cubo de mano a mano sin la ayuda de su cuerpo, su boca o la mesa.
9. Pase si el niño agarra la pasa con cualquier parte del gordo y dedo.
10. La línea puede variar solamente 30 grados (o menos) de la línea hecha por el examinador.
11. Haga un puño con el gordo arriba y menee solamente el gordo. Pase si el niño lo imita y no mueve cualquier otro dedo que el gordo.



12. Pase cualquier forma encerrada. No pase movimientos continuos y redondos.

13. ¿Cuál línea es más larga? (No más grande.) Voltee el papel y repita. (Pase 3 de 3 o 5 de 6).

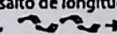
14. Pase cualquier par de líneas que cruzan cerca del punto mediano.

15. El niño debe copiar primero. Si no pasa, demuéstrelo.

Al administrar puntos 12, 14, y 15, no nombre las formas. No haga demostración de 12 y 14.

16. Al calificar, cada par (2 brazos, 2 piernas, etc.) cuenta como 1 cosa.
17. Meta un cubo en una taza y agítela suavemente cerca del oído del niño, pero fuera de la vista. Repita para el otro oído.
18. Indíque el dibujo y dígame al niño que lo nombre. (No se da crédito simplemente por decir los sonidos que hacen.) Si el niño nombra menos de 4 dibujos, el examinador puede decir el nombre del animal y el niño debe indicar cada uno.



19. Usando una muñeca, dígame al niño: "Muéstrame nariz, ojos, orejas, boca, manos, pies, estómago, pelo". Pase 6 de 8.
20. Usando dibujos, pregúntele: "¿Cuál vuela? ...dice miau? ...habla? ...ladra? ...galopa?" Pase 2 de 5, 4 de 5.
21. Pregúntele: "¿Qué haces cuando tienes frío? ...estás cansado? ...tienes hambre?" Pase 2 de 3, 3 de 3.
22. Pregúntele: "¿Qué haces con una taza? ¿Para qué se usa una silla? ¿Para qué se usa un lápiz?" Se deben incluir palabras de acción.
23. Pase si el niño correctamente coloca y dice cuantos cubos hay en el papel. (1,5).
24. Dígame: "Coloca el cubo en la mesa; debajo de la mesa; delante de mí; detrás de mí." Pase 4 de 4.
25. Pregúntele: "¿Qué es una pelota? ¿Jago? ¿escritorio? ¿casa? ¿banana? ¿cortina? ¿cerca? ¿techo?" Pase si se definen en términos de uso, forma, de qué se hace, o de categoría general (por ejemplo, nanana es una fruta, no simplemente amarillo). Pase 5 de 8, 7 de 8.
26. Pregúntele: "Si un caballo es grande, ¿Un ratón es _____? Si el fuego está caliente, el hielo es _____? Si el sol brilla durante el día, la luna brilla durante _____?" Pase 2 de 3.
27. El niño puede usar una pared o barandilla solamente, no una persona. No puede gatear.
28. El niño tiene que tirar la pelota de sobremano a 3 pies, hasta la longitud del alcance del brazo del examinador.
29. El niño tiene que hacer el salto de longitud a través de la anchura de un papel (8 1/2").
30. Dígame que ande adelante,  con el talón a 1" o menos del dedo del pie. El examinador puede demostrarlo. El niño tiene que tomar 4 pasos seguidos.
31. En el segundo año, la mitad de los niños normales no cooperan.

OBSERVACIONES: